

記入例		自立支援医療受給者証再交付申請書（更生医療）											
受 診 者	フリガナ	カスカベ タロウ									生年月日		
	氏 名	春日部 太郎									昭和〇〇年5月6日		
	住 所	〒344-8577									電話番号		
		春日部市中央7-2-1									048-736-1131		
個人番号	5	5	5	5	3	3	3	2	2	1	1	1	
自立支援医療費受給者番号	0	0	1	1	2	2	3						
受給者証の有効期間	令和〇年2月1日 から 令和●年1月31日 まで												
再交付を申請する理由	該当するものに○を付けてください。 1 破損 2 汚損 3 紛失												
上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。 申請者氏名 春日部 太郎 令和〇年 9月 10日 春日部市福祉事務所長 あて													

※ 破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。
 ※ 再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに市町村長に返還してください。