様式第４０号（第３１条関係）

自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療・更生医療）

令和　　　年　　　月　　　日

　春日部市福祉事務所長　あて

申請者　住　　所　春日部市

※１　　氏　　名

電話番号　　　　　　　（　　　　）

受診者との続柄

自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）の再交付について、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | | |
| 受　診　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 昭和・平成  年　　　月　　　日 | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒344-  春日部市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 保　護　者　　※２ | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 続　柄 | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 受給者証の有効期間 | | 令和　　　年　　　月　　　日　から　令和　　　年　　　月　　　日　まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付申請の理由 | | １　汚損　　　２　紛失　　　３　その他  具体的な状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　　　　考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　※　　従前使用していた自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）を添付すること（紛失を除く。）。

　※１　申請者について、育成医療は保護者、更生医療は受診者本人とすること。

　※２　受診者が１８歳未満の場合に記入してください。