

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							
	氏名												年	月	日					
	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。