

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		生年月日
	氏名		
	住所	〒	電話番号
個人番号			
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間			
再交付を申請する理由	<p>該当するものに○を付けてください。</p> <p>1 破損</p> <p>2 汚損</p> <p>3 紛失</p>		
<p>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。</p> <p>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">春日部市福祉事務所長 あて</p>			

- ※ 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。