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

住　　所
申請者　氏　　名
※１　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	H・R　年　月　日					
	氏名														
	住所	〒 春日部市													
	個人番号														
保護者 ※2	フリガナ											続柄			
	氏名														
	住所	〒 春日部市													
	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。