

## 様式第40号その1（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）

受 診 者	フリガナ											生年月日
	氏名											H・R 年 月 日
	住所	〒 春日部市										電話番号
個人番号												
受 診 者 が 18 歳 未 満 の 場 合	フリガナ											受診者との関係
	保護者氏名											父・母 その他( )
	保護者住所	〒 春日部市										□受診者と同じ
												□受診者と同じ
保護者個人番号												
自立支援医療費受給者番号												
受給者証の有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 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												
令和 年 月 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。  
 ※ 「申請者氏名」については、保護者の氏名を記入すること。

## 様式第40号その1（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）

記入例

受 診 者	フリガナ	カスカベ ハルカ	生年月日
	氏名	春日部 遥	(H)・R 28年4月5日
	住所	〒344-0067 春日部市 中央7-2-3	電話番号 048-736-3333
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	カスカベ タロウ	受診者との関係
	保護者氏名	春日部 太郎	父・母 その他( )
	保護者住所	〒 春日部市	電話番号 ✓受診者と同じ
	保護者個人番号	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	✓受診者と同じ
自立支援医療費受給者番号	1234		
受給者証の有効期間	令和 7年 9月 10日 から 令和 7年 12月 9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 7年 9月 17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。  
 ※ 「申請者氏名」については、保護者の氏名を記入すること。