

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 1 8 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	電話番号
				☐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。

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 1 8 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 <input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ	電話番号
			<input checked="" type="checkbox"/> 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		
自立支援医療費受給者番号	1 2 3 4		
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。