第28号様式（第26条関係）

自立支援医療(育成医療　更生医療)受給者証再交付申請書

年　　月　　日

　大府市社会福祉事務所長　様

申請者(受診者が１８歳未満の場合は保護者)

住所

氏名

電話番号

　次のとおり自立支援医療(更生医療・育成医療)受給者証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | フリガナ |  | | | | | 性別 | | 男・女 | | | 生年月日 | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | 年　月　日 | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 保護者  (受診者が１８歳未満の場合) | フリガナ |  | | | | | | | 続柄 | | |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 再交付申請の理由 | | １　汚損  　２　紛失  　３　その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |

* + 従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）