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。）