

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。）