

様式第28号(第30条関係)

自立支援医療受給者証(育成医療・更生医療)再交付申請書

ひたちなか市福祉事務所長 殿

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

申請年月日 年 月 日

受 診 者	フリガナ		生年月日	個人番号
	氏 名		年 月 日	
	フリガナ			
	住 所	電話番号 ()		
保護者(受診者が18 歳未満の場合記入)	フリガナ		続 柄	個人番号
	氏 名			
	フリガナ			
	住 所	電話番号 ()		
自立支援医療費 受給者番号				
医療受給者証の 有効期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
申請の理由				

- (注) 1 医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの医療受給者証を添付してください。
- 2 再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに市に返還してください。