

自立支援医療受給者証（育成・更生）再交付申請書

受 診 者	フリガナ											生 年 月 日
	氏 名											明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	住 所											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 との続柄
	保護者氏名											
	保護者住所											電話番号
	保護者個人番号											
自立支援医療 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 申 請 理 由	1 汚れ 2 破り 3 紛失											
私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第52条に基づき支給認定のあった自立支援医療受給者証の再交付について、上記のとおり申請します。 申請者氏名 令和 年 月 日 美浜町長 様											受 付 印	

※ 自立支援医療費受給者証を破り、又は汚した場合の申請には当該受給者証を添付すること。
受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者となります。