

様式第 33 号 (第 19 条関係)

年 月 日

小浜市長 様

申請者 住 所
氏 名

自立支援医療受給者証 (更生医療・育成医療) 再交付申請書

下記の理由により、自立支援医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

受 給 者 番 号							
医 療 の 種 類	更 生 医 療 ・ 育 成 医 療						
受 診 者	住 所	〒					
	氏 名						
	生年月日	年 月 日					
	電話番号						
	個人番号						
18. 保 護 者 (受 診 者 が 未 満 の 場 合)	住 所	〒					
	氏 名						
	電話番号					続柄	
	個人番号						

再 交 付 の 理 由	1 破 損 2 汚 損 3 紛 失 4 その他 ()
-------------	--------------------------------------