|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 様式第28号 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療・更生医療） |  |
|  |  |
| 土佐清水市福祉事務所長　様 |  |  |
|  |  |
| 　次のとおり医療受給者証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 |  |
| 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 |  |
| 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限 |  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。 |  |
|  |  |