

様式第8号（第13条関係）

自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療）

|  |  |  |       |  |
|--|--|--|-------|--|
| 受<br>診<br>者  | フリガナ   |  | 生年月日  |  |
|  | 氏名   |  | 年 月 日 |  |
|  | 個人番号   |  |       |  |
|  | フリガナ   |  |       |  |
|  | 住所   |  |       |  |
| 保<br>護<br>者<br><br>(受診者が18歳未満の場合記入)                                      | フリガナ   |  | 続柄    |  |
|  | 氏名   |  |       |  |
|  | 個人番号   |  |       |  |
|  | フリガナ   |  |       |  |
|  | 住所   |  |       |  |
| 申請の理由  | <input type="checkbox"/> 失ってしまったため<br><br><input type="checkbox"/> 破り、又は汚してしまったため<br><br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |  |       |  |
| 備考   |  |  |       |  |
| 大田原市長 様<br><br>私は、上記のとおり、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。<br><br>年 月 日<br><br>届出者氏名 |  |  |       |  |

注 自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合の再交付申請については、その自立支援医療受給者証を添付すること。