

自立支援医療受給者証再交付申請書

太宰府市福祉事務所長 殿

年 月 日

自立支援医療費受給者証の再交付について申請します。

受給者証 の種類	1 育成医療	自立支援医療費 受給者番号							
	2 更生医療								

フリガナ		生年 月日	年 月 日
受信者 氏名	個人番号：		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
保護者 (受診者が 18 歳 未満の場合記入)	個人番号：	生年 月日	年 月 日

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ		本人と の関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

申請の理由	1 汚損	2 紛失	3 その他
	[具体的な状況]		

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く。)