

様式第31号(第24条関係)

医療受給者証再交付申請書

中央市福祉事務所長 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	
	個人番号		
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	
	個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
医療受給者証の有効期間	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。

【育成医療】