

自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者証再交付申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

申請者氏名

㊟

次のとおり自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者証の再交付を申請します。

受診者	フリガナ		性別	年齢	生年月日
	氏名		男・女	歳	年月日
	住所			電話番号	
保護者	フリガナ		受診者との関係		
	氏名				
	住所		電話番号		
再交付申請の理由					
備考					

（注）

- 1 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、失った受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。