様式第29号(第16条関係)

自立支援医療(育成・更生)受給者証再交付申請書

　(宛先)　南砺市社会福祉事務所長

　次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | フリガナ | 　 | 性別 |
| 氏名 | 　 | 男　・　女 |
| 個人番号 |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| フリガナ | 　 |
| 住所 | 電話番号　　　　　　　　　　 |
| 自立支援医療受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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 | 　 |

　※　医療受給者証を破損し、又は汚損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。

　※　再交付を受けた後、亡失し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。