自立支援医療費（育成医療・更生医療）受給者証再交付申請書

年　　月　　日

　三浦市長

　次のとおり受給者証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | フリガナ | 　 | 性別 | 生年月日 |
| 氏　　名 | 個人番号: | 男・女 | 年　　月　　日 |
| フリガナ | 　 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| ※受診者が１８歳未満の場合保　　護　　者 | フリガナ |  | 受診者との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| フリガナ |  |
| 住　　所※受診者と異なる場合 | 〒　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 自立支援医療費受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 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　受給者証を破損又は汚損した場合は、現在お持ちの受給者証を添付して申請してください。

　２　再交付を受けた後、紛失した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。