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。