

医療受給者証(育成医療)再交付申請書

受 診 者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所					
	個人番号					
保 護 者	氏名		受診者 との続柄			
	住所					
	個人番号					
再交付申請 の理 由	1 紛失                      2 破損                      3 汚損 4 その他(                      )					
上記のとおり医療受給者証(育成医療)の再交付を受けたいので、障害者の日常生活及び 社会生活を総合的に支援するための法律施行令第33条第1項の規定により、申請します。  年    月    日  <div style="text-align: right;">                     住    所                      申請者 氏    名                      ⑤                      電話番号                 </div> 胎内市長                      様						

注 再交付申請の理由が破損又は汚損の場合は、医療受給者証を添付してください。