

自立支援医療費（育成医療）受給者証再交付申請書

受診者	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日		
	フリガナ		電話番号			
	住所	〒 -				
	個人番号					
受診者が 未満の場合 18歳	フリガナ				続柄	
	保護者氏名					
	フリガナ					
	保護者住所	〒 -				
	保護者個人番号					

再交付申請の理由

- (1) 破損 (2) 汚損 (3) 紛失

※ 破損又は汚損の場合には、その受給者証を必ず添付してください。

私は、自立支援医療費（育成医療）受給者証の再交付を申請します。

平成 年 月 日

申請者氏名 印

(あて先) 秋田県知事

自治体記入欄

申請受理	受給者証番号 No. _____
	再交付を申請した受給者証の交付日 年 月 日
	再交付を申請した受給者証の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
備考	市町村担当者 本人確認欄 <input type="checkbox"/>