

年 月 日

当別町長 様

自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者証再交付申請書

受給者証の再交付について申請します。

受給者証 の 種 類		自立支援医療費 受給者番号	
医療受給者証の有効期限		年 月 日から 年 月 日まで	

受 診 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		個人番号	
	住 所			

申請書提出者	☐ 支給認定障害者等（本人） ☐ 本人以外（下の欄に記入）		
ふりがな		本人と の関係	
氏 名			
住 所			

申請の理由	1 汚損	2 紛失	3 その他
	具体的な状況 ()		

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）