

自立支援医療受給者証再交付申請書（更生医療）													
受 診 者	フリガナ									生年月日			
	氏名									年 月 日			
	住所	〒								電話番号			
	個人番号												
自立支援医療費受給者番号													
受給者証の有効期間		から まで											
再交付を申請する理由		該当するものに○を付けてください。 1 破損 2 汚損 3 紛失											
上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。  申請者氏名  年 月 日  <div style="text-align: right;">多賀城市福祉事務所長 殿</div>													

※ 破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。

※ 再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに市町村長に返還してください。