第12号様式

自立支援医療受給者証（育成医療）再交付申請書

津市長　　あて

年　　月　　日

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第54条第3項の規定に基づき交付された自立支援医療受給者証を　［　破損、　汚損、　紛失、　その他（　　）］しましたので、再交付の申請をします。

自立支援医療受給者番号※1									受給者証有効期間※1				自　年　月　日から 至　年　月　日まで			
障害者・児	フリガナ												生　年　月　日			
	受診者氏名												年　月　日			
	フリガナ												電話番号			
	受診者住所	〒														
	個人番号															
受診者が18歳未満の場合のみ記入	フリガナ												受診者との続柄			
	保護者氏名															
	フリガナ												電話番号※2			
	保護者住所※2	〒														
	保護者個人番号															
破損、紛失等をした具体的な理由																
破損、紛失等をした年　月　日									年　月　日　・　不明							

申請者　〒

住　所

氏　名　　印

電話番号

受診者との関係：

備考

1　現在の受給者証から判明する場合にのみ記入してください。
2　受診者本人と異なる場合に記入してください。
3　破損及び汚損の場合は、その受給者証を添付してください。
4　紛失した受給者証を発見したときは、速やかに津市長に返還してください。
5　申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにしてください。