

市町受付欄

自立支援医療受給者証（更生医療）再交付申請書

津市長

宛て

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											明治・大正 年 月 日 昭和・平成					
	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

- 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。
- 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- 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。
- 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。
- 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。

(規格A4)