

様式第24号の2(第21条関係)

自立支援医療受給者証再交付申請書(育成医療)													
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													
受 診 者 が 1 8 歳 未 満 の 場 合	フリガナ											受診者との関係	
	保護者氏名												
	保護者住所	〒 ☐ 受診者と同じ										電話番号	
保護者個人番号													
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 長泉町長 殿													

※ 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。