様式第８号（第１３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 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 住所 |  |
| 保護者（受診者が１８歳未満の場合記入） | フリガナ |  | 続　柄 |
| 氏名 |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 住所 |  |
| 申請の理由※　該当するものに○をする。また、「その他」に○をした場合は、（　）内に具体的な理由を記載する。 | 　　失ってしまったため　　破り、又は汚してしまったため　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |
| 　　大田原市長　様　　私は、上記のとおり、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者氏名　　　　　　　　　　　　 |

注　自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合の再交付申請については、その自立支援医療受給者証を添付すること。