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。