様式第８号（第１３条関係）

<table>
<tr><td colspan="6">自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">受診者</td><td>フ　リ　ガ　ナ</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>フ　リ　ガ　ナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">保　　護　　者<br>（受診者が１８歳未満の場合記入）</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>続　柄</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">申 請 の 理 由<br><br>※　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。</td><td colspan="4">☐　失ってしまったため<br><br>☐　破り、又は汚してしまったため<br><br>☐　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">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。<br><br>届出者氏名　　㊞<br><br>年　　月　　日<br>大田原市長　　様</td></tr>
</table>

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。