

自立支援医療（更生医療）受給者証再交付申請書

年 月 日

美瑛町長 様

住 所
申請者 氏 名 ⑩
電 話 番 号
受診者との続柄

次のとおり自立支援医療（更生医療）受給者証の再交付を申請します。

受 診 者	氏 名		性別	生年月日
			男 ・ 女	年 月 日
	住 所	電話番号		
受 給 者 番 号				
医療受給者証の有効期間		年 月 日から	年 月 日まで	
申請の理由		1 紛失 2 破損・汚損 3 その他（ ）		

- (注) 1 「受診者」の欄の住所は、申請者と異なる場合に記載してください。
2 「申請の理由」欄は、該当する番号を○で囲んでください。該当する理由が「3 その他」であるときは、具体的な理由を記載してください。
3 申請の理由が破損又は汚損であるときは、受給者証を添付してください。