

別記様式第24号（第19条関係）

自立支援医療費（育成医療・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
電話番号
受診者との続柄

次のとおり自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者証の再交付を申請します。

受 診 者	氏 名		生 年 月 日
			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。