

自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療・更生医療）

受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒	電話番号
個人番号			
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から	まで
再交付を申請する理由	該当するものに○を付けてください。 1 破損 2 汚損 3 紛失		
上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。 申請者氏名 年 月 日 美瑛町長 殿			

- ※ 破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。
- ※ 再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに市町村長に返還してください。