

自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者証再交付申請書

年 月 日

滝川市福祉事務所長 様

次のとおり受給者証の再交付を申請します。

受給者証番号	
--------	--

フリガナ		生年月日	年 月 日
受給者氏名	個人番号：		
居住地	〒 電話番号		

申請の理由	1 紛失 2 破損・汚損 3 その他（ ）
-------	-----------------------------

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

- (注) 1 「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。
- 2 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。