

自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療）									
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									
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受診者との関係	
	保護者氏名								
	保護者住所	〒 □受診者と同じ						電話番号	
保護者個人番号									
自立支援医療費受給者番号									
受給者証の有効期間		年 月 日 から 年 月 日 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 大崎町長 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。