

自立支援医療受給者証再交付申請書(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		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。