自立支援医療受給者証再交付申請書（ 更生医療 ）

診	フリガナ		性別	生年月日
	氏　　名		男　・　女	年　　月　　日
	フリガナ			
	住　　所			

保　護　者 （住所は受診者本人と異なる場合に記入してください）	フリガナ		続柄
	氏　名		
	フリガナ		
	住　所		

再交付が必要な理由	1．紛失　　2．汚れ　　3．破れ　　4．その他（　　）
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
身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳番号	
備　考	

私は、上記のとおり、自立支援医療受給者証（更生医療）の再交付を申請します。

年　　月　　日

届出者（保護者）氏名　　印

甲賀市長　　様

注１　太枠内の該当する項目のみ記載してください。
　２　氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができます。