様式第２７号（第２４条関係）

自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）再交付申請書

　珠洲市福祉事務所長

　　次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

申請年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | フリガナ | 　 | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | 　 | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 |
| 住所 | 電話番号　　　　　　　　　 |
| 保護者(受診者が18歳未満の場合記入) | フリガナ | 　 | 続柄 |
| 氏名 | 　 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 |
| 住所 | 電話番号　　　　　　　　　 |
| 自立支援医療費受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 医療受給者証の有効期間 | 年　　月　　日　から　　　年　　月　　日　まで　 |
| 申請の理由 | 　 |

　　注　1　医療受給者証を破損又は汚損した場合の申請については、現在お持ちの医療受給者証を添付してください。

　　　　2　再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに市に返還してください。