

様式第 25 号（第 17 条関係）

| 自立支援医療受給者証再交付申請書（更生医療・育成医療） | | | | |
|---|---|-----------|---------|-----|
| 受 診 者 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 年 齡 |
| | 氏 名 | 個人番号： | 年 月 日 | 歳 |
| | 居 住 地 | 〒 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： | | |
| | 居 住 地 | 〒 電話番号 | | |
| 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 | | | |
| 再交付申請理由 | 1 紛失 2 汚損 3 その他（ ） | | | |
| 備 考 | | | | |
| （宛先）狭山市福祉事務所長 上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者氏名 | | | | |

注 1 医療受給者証を破り、又は汚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、速やかに狭山市福祉事務所障がい者福祉課に返還してください。