第３号様式

自立支援医療受給者証再交付申請書（更生医療）

令和　　　年　　月　　日

浜　松　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　印

※申請者氏名は、自筆による署名の場合は押印不要

次のとおり医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

１　障害者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者（受診者） | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| 受診者氏名 |  | 年　 月 　日 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 電話番号 |  |
| 受診者住所 |  |  |
| 個人番号 |  |  |
| 受給者番号 |  |  |

２　申請の理由

(1) 汚れ

(2) 破損

(3) 紛失

（注）汚れ又は破損を理由として再交付の申請をする場合は、交付を受けている医療受給者証を添付すること。