

第4号様式（第3条関係）

自立支援医療受給者証再交付申請書

年 月 日

浜 松 市 長 様

住 所
申請者
氏 名

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 障害者等及び保護者

障害者・児 (受診者)	フリガナ		年 齢	歳	生年月日
	受診者氏名				年 月 日
	フリガナ		電 話 番 号		
	受診者住所				
個人番号					
保護者 (受診者 が18歳未 満の場合)	フリガナ		受診者との 関係		
	保護者氏名				
	フリガナ		電 話 番 号		
	保護者住所				
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。