

(宛先) 今治市福祉事務所長

申請者 居住地
氏 名
個人番号：

自立支援医療受給者証再交付申請書

自立支援医療受給者証の再交付を受けたいので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第33条第1項の規定により、次のとおり申請します。

記

自立支援医療費受給者 番 号				
受 診 者	フリガナ	個人番号：	性別	生年月日
	氏 名		男・女	
	フリガナ 居 住 地		電話番号	
受診者が18歳 未満の場 合	フリガナ	個人番号：	受診者か らみた続 柄	
	フリガナ 保護者居住 地			電話番号
再 交 付 申 請 の 理 由				