

自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者証再交付申請書

年 月 日

富士宮市長 様

申請者 住 所  
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 申請者

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												
	受診者個人番号												
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												
	保護者個人番号												
受給者番号													

2 申請の理由

(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。