

様式第19号（第20条関係）

自立支援医療受給者証（更生医療）再交付申請書

鳥取市長 様

次のとおり自立支援医療受給者証（更生医療）の再交付を申請します。

申請年月日 年 月 日

受 診 者	フリガナ		生年月日																				
	氏 名		年 月 日																				
		個人番号：																					
	フリガナ																						
	住 所																						
		電話番号																					
自立支援医療費受給者番号		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																					
自立支援医療受給者証（更生医療）の有効期間		年 月 日 から	年 月 日 まで																				
申請の理由																							

- (注) 1 自立支援医療受給者証（更生医療）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すること。
- 2 再交付を受けた後、失った自立支援医療受給者証（更生医療）を発見したときは、速やかに市に返還すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者（受診者）本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との 関係	
氏 名			
住 所			
	電話番号		