

様式第26号（第26条関係）

自立支援医療受給者証（育成医療）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（育成医療）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	個人番号：	年 月 日
	フリガナ		
	住 所	電話番号	
自立支援医療費受給者番号			
自立支援医療受給者証 （育成医療）の有効期間		年 月 日 から	年 月 日 まで
保 護 者	フリガナ		続 柄
	氏 名	個人番号：	
	住 所		
申請の理由			

- (注) 1 自立支援医療受給者証（育成医療）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（更育成療）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（保護者）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		