

自立支援医療費（更生医療・育成医療）特別受給者証交付申請書

鳥取市長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり、自立支援医療費の特別受給者証の交付を申請します。

支給認定障害者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	フリガナ		電話番号	
	住 所			
指定自立支援医療機関を受診を希望する		医 療 機 関 名	所 在 地 ・ 電 話 番 号	
	病 院			
	薬 局			
	訪問看護事業所			
受診を希望する期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
自立支援医療受給資格証受給者番号				
本受給者証の交付を希望される理由				