

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   |         |               |                 |       |