|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療（更生医療・育成医療）受給者証再交付申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受　　診　　者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | | | | | 性別 | | | 生年月日 | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒  加古郡播磨町 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | 個人番号 | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者証  の記号及び  番号 |  | | | | | | | | | | | | 保険者名 | | | | |  | | | | | | |
| 高額治療  継 続 者 | 該当　・　非該当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自立支援医療費  受給者番号 |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| の受  場診  合者が18歳未満 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | | | | | | | 受診者との続柄 | | | | | |  | | | |
| 保護者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者住所　　※１ | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号※１ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 次の理由により、自立支援医療（更生医療・育成医療）受給者証の再交付を申請します。  　（理由）＊該当するものを○で囲むこと  破損　　　・　　　汚損　　　・　　　紛失  播磨町長　様  　　　 　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　申請者  　　　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）１　破損又は汚損による申請の場合は、自立支援医療受給者証を添付すること。

２　申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

受診者が18歳未満の場合、保護者氏名を記入すること。

３　※１の欄は受診者本人と異なる場合に記入すること。