|  |
| --- |
| 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。