

# 自立支援医療受給者証(更生医療)再交付申請書

市町村名・受付年月日

受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	フリガナ			
	住所	(個人番号 )		
受給者証の受給者番号		有効期間	令和 年 月 日	
申請の理由 (○印)	1 破損したため 2 汚損したため 3 紛失したため 4 その他 (			
私は、上記のとおり受給者証の再交付を申請します。				
申請者氏名		印		
令和 年 月 日		常総市長 殿		