

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 育成医療 ）				
受 診 者	フリガナ			生年月日
	氏 名			
	住 所	〒	電話番号	
個人番号				
受 診 者 が 1 8 歳 未 満 の 場 合	フリガナ			受診者との関係
	保護者氏名			
	保護者住所	〒	□受診者と同じ	電話番号
保護者個人番号				
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		
再交付を申請する理由		該当するものに○を付けてください。 1 破損 2 汚損 3 紛失		
上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。 申請者氏名 年 月 日 北上市長 様				

※ 破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。

※ 再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに市町村長に返還してください。