第20号様式（第13条関係）

自立支援医療受給者証再交付申請書

　練馬区長　　　殿

　つぎのとお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

患者との続柄(　　　　　　)

申請年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | フリガナ | 　 | 生年月日 |
| 氏名 | 　 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 住所 | 電話番号　　　　　　　　　　 |
| 保護者(受診者が18歳未満の場合記入) | フリガナ | 　 | 続柄 |
| 氏名 | 　 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 |
| 住所 | 電話番号　　　　　　　　　　 |
| 自立支援医療費受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 自立支援医療受給者証の有効期間 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 申請の理由 | １　破損　　　　２　汚損　　　　３　紛失 |
|  |

注　１　自立支援医療受給者証を破損し、または汚損した場合の申請については、現在お持ちの自立支援医療受給者証を添付してください。

　　２　再交付を受けた後、失った自立支援医療受給者証を発見したときは、速やかに練馬区に返還してください。