

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。