

様式第33号（第20条関係）

自立支援医療受給者証再交付申請書

佐渡市長 様

次のとおり医療受給者証（更生医療・育成医療）の再交付を申請します。

申請年月日 年 月 日

受 診 者	フリガナ								生年月日	
	氏名	個人番号：							年 月 日生	
	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 給者証番号								
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 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他 ()								

注 1 再交付申請の理由が破損又は汚損の場合は、現在お持ちの医療受給者証を添付してください。

2 再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに市に返還してください。