

自立支援医療受給者証等再交付申請書

受診者	氏名	個人番号：	生年月日	年 月 日
	住所			
保護者	氏名	個人番号：	受診者との続柄	
	住所			
再交付申請 の理由		1 紛失                      2 破損                      3 汚損 4 その他（                      ）		
<p>上記のとおり医療受給者証（育成医療・更生医療）の再交付を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所 氏 名</p> <p>電話番号</p> <p>佐渡市長 様</p>				

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