

## 様式第37号（第25条関係）

## 自立支援医療受給者証等再交付申請書

受 診 者	氏名		生年月日	年 月 日	
	個人番号：				
保護者	住所				
再交付申請 の理由	氏名	受診者との続柄			
	個人番号：				
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 姓 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。