様式第１９号（第１７条関係）

医療受給者証再交付申請書

申請年月日　　　　　年　　月　　日

八頭町　長　　　様

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　　診　　者 | フリガナ | 　 | 性別 | 生年月日 |
| 氏　　　名 | 　 | 男・女 | 　　　　年　　月　　日 |
| 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 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 住　所 | 　　電話番号 |
| 自立支援医療費受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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 |  |

　　注　１　医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、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、速やかに町に返還してください。