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。