様式第２号

自立支援医療受給者証再交付申請書

年　　月　　日

　　八頭町長　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　 　㊞ |

　自立支援医療受給者証の再交付を次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害児・者 | フリガナ |  | 性別 |  | 生年月日 | |
| 氏名 |  | 年　　　月　　　日 | |
| フリガナ |  | | | 電話番号 |  |
| 住所 |  | | |  |
| 障害児である場合 | フリガナ |  | | | 続柄 |  |
| 保護者の氏名 |  | | |  |
| フリガナ |  | | | 電話番号 |  |
| 保護者の住所 |  | | |  |
| 申請の理由 | |  | | | | |