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 | 　 |