自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）再交付申請書

　　年　　月　　日

　（宛先）秋田市長

　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　（保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　受給者との関係（　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　 自立支援医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

　　 なお、紛失した受給者証を発見した時は速やかに返還します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 |  |
| 受給者氏名 |  | 生年月日 | 　　年 　月 　日 |
| 受給者住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 申請の理由 | 　紛失 ・ 汚損 ・ その他（　　　　　　　　　　） |
| 上限管理票 | 　必要 ・ 必要なし |