

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 印

受診者との関係 ( )

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			
受診者氏名		生年 月日	年 月 日
受診者住所			
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		