様式第9号（第11条関係）

受付印

自立支援医療受給者証（更生医療・育成医療）再交付申請書

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	〒		
	個人番号			

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	〒	
	個人番号		

受給者証の受給者番号		有効期間	年　月　日　迄

申請の理由（〇印）	1　破損したため 2　汚損したため 3　紛失したため 4　その他（　　）

私は、上記のとおり受給者証の再交付を申請します。

年　月　日

鉾田市長殿

申請者氏名　㊞