

|                                                                                                                                                                                            |      |      |  |  |  |  |  |                      |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|--|--|--|--|--|----------------------|-------|
| 自立支援医療受給者証再交付申請書（ 育成医療 ・ <span>更生医療</span> ・ 精神通院 ）                                                                                                                                        |      |      |  |  |  |  |  |                      |       |
| 受<br>診<br>者                                                                                                                                                                                | フリガナ |      |  |  |  |  |  | 生年月日                 |       |
|                                                                                                                                                                                            | 氏 名  |      |  |  |  |  |  | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年 月 日 |
|                                                                                                                                                                                            | フリガナ |      |  |  |  |  |  |                      |       |
|                                                                                                                                                                                            | 住 所  |      |  |  |  |  |  |                      |       |
|                                                                                                                                                                                            | 個人番号 |      |  |  |  |  |  |                      |       |
| 保護者<br>(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 |  |  |  |  |  |                      |       |
| 自立支援医療費受給者番号                                                                                                                                                                               |      |      |  |  |  |  |  |                      |       |
| <p>私は次の理由のため関係書類を添えて自立支援医療受給者証の再交付を申請します。</p> <p><input type="checkbox"/>紛失したため。</p> <p><input type="checkbox"/>破損又は汚濁し使用に堪えないため。</p> <p>なお、紛失した自立支援医療受給者証を発見したときは、速やかにこれを松山市に返還いたします。</p> |      |      |  |  |  |  |  |                      |       |
| 備 考                                                                                                                                                                                        |      |      |  |  |  |  |  |                      |       |
| <p>私は、自立支援医療受給者証の再交付について、上記のとおり届け出ます。</p> <p>届出者氏名</p> <p>令和      年      月      日      (宛先)<br/>松山市福祉事務所長</p>                                                                              |      |      |  |  |  |  |  |                      |       |

※ 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。