様式第１９号（第１１条関係）

自立支援医療受給者証再交付申請書

粕屋町長　　　　　　殿

　　年　　　月　　　日

受給者証の再交付について申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏　 名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住　 所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 自立支援医療費受給者番号 |  |  |
| 既存の受給者証の有効期間 | 　　年　　月　　日　から　　　年　　月　　日　まで |
| 申請の理由 | １　破損・汚損　　　　　　２　紛失　　　　　　３　その他 |

※　従前前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）