

様式第24号(第20条関係)

医療受給者証（更生医療・育成医療）再交付申請書

(あて先)琴浦町長 様

次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

申請年月日 年 月 日

受 診 者	フリガナ		性別
	氏 名		男・女
	生年月日	年 月 日	
	個人番号		
	フリガナ		
	住 所		電話番号
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ		続柄
	氏 名		
	個人番号		
	フリガナ		
	住 所		電話番号
自立支援医療費受給者番号			
医療受給者証の有効期間	年 月 日から	年 月 日まで	
申請の理由			

- 注 1 医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの医療受給者証を添付してください。
- 2 再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに町に返還してください。