

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

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																	
	氏 名																	
	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。