

様式第32号（第27条関係）

医療受給者証再交付申請書（更生医療・育成医療）

遠軽町長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

フリガナ							性別	生年月日
受診者氏名							男・女	年 月 日
	個人番号							
住所	〒							
	電話番号							
受診者が18歳未満の場合記入	フリガナ						続柄	
	保護者氏名							
		個人番号						
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								

※ 医療受給者証の破損、又は汚損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すること。

※ 再交付を受けた後、紛失した医療受給者証を発見したときは、速やかに遠軽町に返還すること。