

第3号様式(第4条関係)

自立支援医療受給者証再交付申請書							
受 診 者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日
	受診者氏名						年 月 日
	フリガナ					電話番号	
	受診者住所 個人番号						
保 護 者	フリガナ					受診者との 続柄	
	保護者氏名						
	フリガナ					電話番号	
	保護者住所 個人番号						
申請の理由							
<p>自立支援医療受給者証を 破った 汚した 失った ので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための 法律施行令第33条第1項の規定により、上記のとおり再交付を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">地域県民局長 殿</p>							

注 1 「保護者」の欄は、受診者が18歳未満の場合に記入すること。

2 自立支援医療受給者証を破り、又は汚したため、その再交付を申請するときは、当該破り、又は汚した自立支援医療受給者証を添付すること。