

別記様式第11号（第20条関係）

自立支援医療（育成医療）受給者証再交付申請書

東広島市福祉事務所長 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 令和 年 月 日

受	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
診	住所	〒 電話番号		
	個人番号			
者	フリガナ		続柄	
	氏名		④	
	住所	〒 電話番号		
	個人番号			
自立支援医療費受給者証番号				
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	1 紛失 2 損傷 3 その他 ()			

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、速やかに市に返還してください。