

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 style="text-align: center;">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。
- 3 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。