

自立支援医療受給者証更生医療再交付申請書

那覇市福祉事務所長 殿

申請日 令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

障害者・児	フリガナ		生年月日	年 月 日
	受診者氏名			
	受診者住所	〒		電話番号
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受給者との関係	
	保護者氏名			
	保護者住所	〒		電話番号
自立支援医療受給者番号				
受診者証の有効期間				
申請の理由		・紛失 ・破損 ・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。