

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 | | | | | | | 生 年 月 日 |
| 受診者氏名 | | | | | | | 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。