

# 自立支援医療受給者証（育成医療）再交付申請書

年 月 日

長野市長 様

〒 ー

住 所

申請(保護)者 氏 名

電話番号 ( )

下記のとおり、自立支援医療費受給者証の再交付を申請します。

受 診 者	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日 (満 歳)	
保 護 者	住 所		電話番号	
	氏 名		受診者との 関 係	
	住 所			
再交付申請の理由 (該当する番号に○印をつけてください。)		1 破損 2 汚損 3 紛失		
備 考				

注) 1 再交付の理由が「破損」または「汚損」の場合は、破損または汚損した自立支援医療費受給者証を添付してください。

2 自立支援医療費受給者証の再交付を受けた後、失った自立支援医療費受給者証を発見したときは、速やかに長野市保健所に返還してください。