

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 育成医療・更生医療 ）

障害者・児	フリガナ		年齢	歳	生年月日
	受診者氏名				年 月 日
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		電話番号		
	受診者住所				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係		
	保護者氏名				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		電話番号		
	保護者住所 ※1				

申請理由

私は、上記のとおり、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

申請者氏名

年 月 日

(あて先) 白石市長