

自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療・更生医療）

（申請先）上田市長

（申請者）

㊞

次のとおり自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名			年 月 日
	フリガナ			
	住所	電話番号		
自立支援医療受給者番号				
医療受給者証の有効期限		年 月 日から 年 月 日まで		
申請の理由				

- 1 自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの自立支援医療受給者証を添付してください。
- 2 再交付を受けた後、失った自立支援医療受給者証を発見したときは、速やかに上田市に返還してください。