様式第29号（第22条関係）

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。

様式第29号（第22条関係）

記入例

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）

**受診者（障害者）本人氏名**

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 | **受診者(障害者)本人氏名** |  | **昭和○○年○○月○○日** |
| フリガナ |  | | |
| 住所 | **上田市○○　○丁目○番**  電話番号　**○○－○○○○** | | |
| 自立支援医療受給者番号 | | **分からない場合は空欄のままでよい** | | |
| 医療受給者証の有効期限 | | **同上**年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | | |
| 申請の理由 | | **紛失したため、汚損したため　など** | | |

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。