

様式第8号(第7条関係)

自立支援医療(育成医療)受給者証再交付申請書

年 月 日

東松島市社会福祉事務所長

様

申請者住所

申請者氏名

受診者との続柄

私は、交付された自立支援医療(育成医療)受給者証を(紛失・破損)しましたので、下記のとおり再交付を申請します。

記

個人番号													
受診者氏名								性別	男・女				
生年月日	年 月 日 ( 歳)												
受給者番号													
受給者証有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで												
再交付申請の理由													