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 | 　 |