

自立支援医療費（更生医療）再交付申請書

障害者	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日 年 月 日
	フリガナ 受診者住所					電話番号	
受診者が 未満の場 合18歳	フリガナ 保護者氏名					受診者との 関係	
	フリガナ 保護者住所 ※1					電話番号 ※1	

申請の理由	
-------	--

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

東松島市社会福祉事務所長 様

※1 受診者本人と異なる場合に記入。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			重度かつ 継続	該当 ・ 非該当
今回の受給者番号					
備 考					