

自立支援医療(育成医療・更生医療)受給者証再交付申請書

(宛先)茂原市長

次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

申請年月日 年 月 日

受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	フリガナ			
	住所	電話番号		
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ		続柄	
	氏名			
	フリガナ			
	住所	電話番号		
自立支援医療費受給者番号				
医療受給者証の有効期間	年 月 日から			年 月 日まで
申請の理由				

- 注 1 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、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに市に返還してください。