様式第２８号（第１９条関係）

医療受給者証再交付申請書

　大崎市社会福祉事務所長　様

　次のとおり育成医療・更生医療の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 |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | 明治　大正昭和　平成　　年　　月　　日 |
| ふりがな |  |
| 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。