様式第4号(第5条関係)

|  |
| --- |
| 自立支援医療受給者証再交付申請書(育成医療) |
| 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 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請の理由※　該当するものに○をする。また、「その他」に○をした場合は、(　)内に具体的な理由を記載する。 | 紛失破損、又は汚損その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 備考 | 　 |
| 　上記のとおり、自立支援医療受給者証(育成医療)の再交付を申請します。年　　月　　日　小山市長　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※　自立支援医療受給者証を破損、又は汚損した場合の再交付申請については、その自立支援医療受給者証を添付すること。