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。