

様式第 2 8 号（第 1 5 条関係）

自立支援医療受給者証再交付申請書 (更 生 ・ 育 成 医 療)													
公費負担者番号								受給者番号					
受給者	氏 名							生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日				
	個 人 番 号												
保護者	氏 名							受診者 との続柄					
	個 人 番 号												
被保険者証の 記号及び番号								保険者名					
再交付申請 の 理 由													
上記により自立支援医療受給者証を再交付して下さるよう申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 男鹿市福祉事務所長 様													