様式第38号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | ケース番号 | | | | | |  | |
| 自立支援医療受給者証再交付申請書(育成医療・更生医療) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ |  | | | | | 個人番号 | | | | | |  | | | | | 年齢 |
| 氏名 |  | | | | | 生年月日 | | | | | | 年　月　日 | | | | | 歳 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 郵便番号  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者 | フリガナ |  | | | | | | | 個人番号 | | | | |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | 続柄 | | | | |  | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 郵便番号  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自立支援医療受給者番号 | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | | | |
| 受給者証の有効期間 | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付申請理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (あて先)川口市社会福祉事務所長  　私は、自立支援医療受給者証の再交付について、上記のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  　届出者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | 収受印 | | |
|  | | |