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 |
| 　 |