

自立支援医療（育成医療）受給者証再交付申請書

受 診 者	フリガナ											生 年 月 日		
	氏 名											年 月 日		
	個人番号													
	フリガナ											電 話 番 号		
	住 所											— —		
保 護 者	フリガナ											受診者との続柄		
	氏 名													
	個人番号													
	フリガナ											電 話 番 号		
	住 所	☐ 受診者に同じ										— —		
自立支援医療費受給者番号														
再交付事由		①紛失 ②汚損 ③破損 ④その他（ ）												
備 考														
私は、上記のとおり自立支援医療費受給者証の再交付を申請します。 届出者氏名 年 月 日 京都市長														

※再交付事由が②汚損または③破損の場合は、医療受給者証を添付してください。