

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 | <input type="checkbox"/> 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。