様式第27（第13条関係）

自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）再交付申請書

年　　月　　日

　　　豊橋市保健所長（福祉事務所長）様

申請者　　住所

氏名　　　　　　　　　印

（受診者との続柄　　　　）

　　次の自立支援医療受給者証につき　　破損紛失　　したので、再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費 受給者番号 | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 受診者 | フリガナ |  | | | | | | | | 生年月日 | | 年 　月 　日 | |
| 氏名 |  | | | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | | 電話番号 | |  | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 保護者 | 保護者氏名  ※１ | |  | | | | | | | | 受診者と の続柄※１ | |  |
| 個人番号  ※１ | |  | | | | | | | | 電話番号  ※２ | |  |
| 保護者住所  ※２ | |  | | | | | | | | | | |

　備考　自立支援医療受給者証を破損した場合は、その受給者証を添付してください。

　※１　保護者氏名欄、個人番号欄及び受診者との続柄欄は、更生医療の場合は記入不要。

　※２　保護者住所欄及び電話番号欄は、受診者と異なる場合のみ記入する。