

自立支援医療(育成医療)受給者証再交付申請書

フリガナ									
患者氏名	姓			名			生年 月 日	年 月 日生	
住 所			-			電話番号	()		
	東京都		世田谷区			丁目	番		号
			団地 荘 マンション			号	様方		
申 請 理 由	1 破損した 2 汚した 3 紛失した								
	(理由)								

障害者自立支援法施行令第33条第1項の規定に基づき、上記の理由により、自立支援医療(育成医療)受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者氏名(自署) _____
受診者との続柄 ()

世 田 谷 区 長 殿

負担者番号		受理年月日	年 月 日
受給者番号	/	収 受 印 欄	