

## 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	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	