

様式第 4 1 号(第 5 5 条関係)

自立支援医療受給者証再交付申請書

(提出先)
川越市長

次のとおり自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

申請年月日 年 月 日

受 診 者	フリガナ											生年月日
	氏名											年 月 日
	個人番号											
	居住地											電話番号
保護者(受診者が 18歳未満の場合 記入)	フリガナ											続柄
	氏名											
	個人番号											
	住所											電話番号
申請の理由												

備考

- 1 自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの自立支援医療受給者証を添付してください。
- 2 再交付の申請をした後、失った自立支援医療受給者証を発見したときは、速やかに市長に返還してください。