様式第8号（第5条関係）

年　　月　　日

出雲市長　　様

申請者　住所

氏名

（受給者番号　　）

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　　日付けで交付を受けた下記の受給者証を紛失（棄損）したので、再交付されるよう申請します。

障がい者・児	フリガナ		年齢	歳	生年月日
	受診者氏名				年　月　日
	受診者住所			電話番号	
	個人番号				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ			受診者との関係	
	保護者氏名				
	保護者住所※			電話番号※	
	保護者個人番号				
受給者証の送付先	（該当番号に○をすること。） 1　受給者本人 2　家族 3　受診する医療機関 4　その他	（住所） 〒　　－		（3の場合は、医療機関名を記入すること。） （医療機関名）	
		（2、4の場合は、宛先人の氏名と続柄を記入すること。） （氏名）　　（受信者との続柄）			
再交付の理由	1　汚れ 2　破れ 3　紛失				

※受診者本人と異なる場合に記入すること。

（注）　汚れ又は破れの場合は、自立支援医療受給者証を添付すること。