

自立支援医療受給者証再交付申請書（更生医療）				
受 診 者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏名		大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	富山市	電話番号	()
	個人番号			
受給者番号				
受給者証の有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		
再交付を申請する理由		該当するものに○を付けてください。 1 破損 2 汚損 3 紛失		
上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。				
申請者氏名				
年 月 日				
(宛先) 富山市社会福祉事務所長				

※ 破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。

※ 再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに市町村長に返還してください。