

年 月 日

(あて先) 北名古屋市長

申請者 住 所
(保護者)
氏 名

自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）再交付申請書

次とおり受給者証を再交付してください。

受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏 名		男・女	年 月 日
	住 所			
自立支援医療受給者番号				
再交付の理由		1 破損又は汚損 ※ 2 紛失 3 その他 ()		

※破損又は汚損した自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者証を添付してください。