

自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療・更生医療）			
受 診 者	フリガナ		性別
	氏 名		生 年 月 日
	フリガナ		男 ・ 女
	住 所	〒 - 番地 宜野座村字（ 松田 ・ 宜野座 ・ 惣慶 ・ 漢那 ）	
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ		続柄
	氏 名		
	フリガナ		
	住 所	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ	
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		年 月 日 から	年 月 日 まで
<p>《申請の理由》</p> <p style="text-align: center;">1 破損・汚損</p> <p style="text-align: center;">2 紛失</p>			
<p>私は、上記の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。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">宜野座村長 殿</p>			

※ 受給者証を破り、または汚した場合の申請には、受給者証を添付すること。