

## 様式第 28 号（第 19 条関係）

## 自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者証再交付申請書

(宛先) 安曇野市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

公費負担者番号								受給者番号									
フリガナ								生年月日									
受診者氏名								年月日									
個人番号																	
住所	〒 電話番号																
フリガナ								続柄									
保護者氏名 (受診者が 18 歳未満の場合)								生年月日	年月日								
個人番号																	
受診者の加入医療保険の記号及び番号					保険者名												
申請の理由	1 汚損 2 紛失 3 その他 具体的な状況 〔 〕																

(注) 紛失の場合を除き、今まで使用していた受給者証を添付してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 受診者本人 <input type="checkbox"/> 受診者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ			
氏名	受診者との 関係		
住所	〒 電話番号		