

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									年 月 日		
	住 所	〒								電話番号		
個 人 番 号												
自立支援医療費受給者番号												
受給者証の有効期間		から 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 鳥栖市福祉事務所長 様												

※ 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、速やかに鳥栖市に返還してください。