

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 育成医療 ）															
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															
受 診 者 が 1 8 歳 未 満 の 場 合	フリガナ											受診者との関係			
	保護者氏名														
	保護者住所	〒										□受診者と同じ		電話番号	
保護者個人番号															
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。