|  |
| --- |
| 自立支援医療受給者証　・　自己負担上限額管理票再交付申請書 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日岩手県知事　　　　　　　　　　様申請者　（〒　　　　　　　　　　　）　（電話　　　　　－　　　　－　　　　　）住所申請者　氏名※１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（受給者の　　　　　　・ 本人 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

自立支援医療受給者証　・　自己負担上限額管理票の再交付を次のとおり申請します。 |
| 受診者 | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
|  |  |
| 生年月日 | 大　・　昭　・　平　・　令　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日　　（満　　　　　　歳） |
| （申請者と異なる場合のみ記入） | （〒　　　　　　　　　　　）　（電話　　　　　－　　　　－　　　　　） |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再交付の理由 | 汚損による　　　　　・　　　　　破損による　　　　　・　　　　　紛失による |
| 備考※２ |  |
| ※１　申請者氏名については、自筆による署名としてください。※２　汚損、破損の場合は、その自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理表を添えて申請してください。　 |
|  |
|  |

様式第11号（第６条関係）

様式第９号（細則第６条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保健所等記入欄 | 特記事項 | 受　付　印 |
|  |
| 再交付申請書 | 受給者証 | 押印確認 |  |  |  |  |

（A４）