別記様式第18号（第14条関係）

自立支援医療受給者証（更生医療）再交付申請書

受診者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	年　月　日	
	住所			電話番号	
自立支援受給者番号					
受給者証の有効期限	年　月　日　から　年　月　日　まで				
再交付申請の理由					

私は、自立支援医療受給者証（更生医療）の再交付について、上記のとおり申請します。

申請者氏名　　印

年　月　日

美唄市福祉事務所長　　様