

## 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											
	氏名						生年月日	年 月 日				
	個人番号											
	住所	〒 大阪市 区 電話番号										

公費受給者番号								医療券交付 年月日	年 月 日		
有効期限	年 月 日まで										
再交付を受ける理由	破損 ・ 汚損 ・ 紛失 ・ その他( )										

障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律施行令第33条第1項の規定により、上記のとおり受給者証の再交付を申請します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_  
年 月 日

(提出先) 大阪市 区保健福祉センター所長

※ 本人が提出する場合は記入不要。

提出者	氏名	申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 医療機関職員	
	住所	電話番号			

- ※ 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すること。
- ※ 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、速やかに保健福祉センター所長に返還すること。
- ※ 申請者氏名印については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

上記申請内容により、

自立支援医療受給者証を再交付します。

決 裁 欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	担当係長	係員
	. .					
	決裁年月日					
	. .					

公印審査	
取扱責任者	文書主任