様式第25号（第24条関係）

自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療・更生医療）

受診者	フリガナ		生　年　月　日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所 （連絡先）	〒 TEL（　　－　　－　　）	
	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		年　　月　　日　から　　年　　月　　日　まで	
申請理由	受　給　者　証	1　破損又は汚損　※1	
		2　紛失	
		3　その他（　　）	
	自己負担上限額管理票	1　破損又は汚損　※1	
		2　紛失	
		3　記入欄の不足	
		4　その他（　　）	

私は、上記のとおり、自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）の再交付を申請します。

申請者氏名

年　　月　　日

宇部市長　　様

※1　破損又は汚損した自立支援受給者証（育成医療・更生医療）を添付してください。