

様式第 3 7 号（第 2 8 条関係）

自立支援医療費（更生医療・育成医療）受給者証再交付申請書

会津坂下町長

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第 3 3 条第 1 項の規定に基づき、下記の理由により、自立支援医療費（更生医療・育成医療）受給者証の再交付を申請します。

申請年月日					年	月	日
申請者	フリガナ		生年月日				
	氏名						
	居住地	電話番号					
再交付申請の理由	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他						

届出者	フリガナ		☐ 代理人	☐ 代行者
	氏名		申請者との関係	
	居住地	電話番号		