様式第27号

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 更生医療 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		
	住　　所	〒	電話番号
	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	
再交付を申請する理由		該当するものに○を付けてください。 1　破損 2　汚損 3　紛失	

上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

申請者氏名

年　月　日

日田市福祉事務所長 様

※　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してください。
※　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、速やかに市町村長に返還してください。