様式第３０号（第１９条関係）

自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者証再交付申請書

年　　月　　日

（宛先）旭川市長

申請者　住　　所
氏　　名
電話番号
受診者との続柄
保護者の個人番号

次のとおり自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者証の再交付を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">受診者</td><td>氏　名</td><td></td><td>生　年　月　日
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>個　人
番　号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2">電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">申請の理由</td><td colspan="2">１　紛失
２　破損・汚損
３　その他（　　）</td></tr>
</table>

（注）１　「受診者」の欄の住所は，申請者と異なる場合に記載してください。
２　「申請の理由」欄は，該当する番号を〇で囲んでください。該当する理由が「３　その他」であるときは，具体的な理由を記載してください。
３　申請の理由が破損又は汚損であるときは，受給者証を添付してください。