

(様式第8号)

自立支援医療再発行申請書（更生医療）

受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏 名		
	個人番号		
	住 所		
再発行理由	1 紛失 2 汚損 3 その他（ ）		
備考			
<p>私は、上記のとおり自立支援医療（更生医療） 受給者証 自己負担上限管理票 の再発行を申請します。</p> <p>申請者氏名 (自らの署名でない場合は、押印が必要です。)</p> <p>年 月 日 (あて先) 仙 台 市 長</p>			