

年 月 日

自立支援医療 受給者番号※1							受給者証有効期間 ※1	自 至	年 年	月 月	日から 日まで
-------------------	--	--	--	--	--	--	----------------	--------	--------	--------	------------

申請者 氏名 住所 電話番号 印
受診者との関係：

- 1 現在の受給者証から判明する場合にのみ記入してください。
- 2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- 3 破損及び汚損の場合は、その受給者証を添付してください。
- 4 紛失した受給者証を発見したときは、速やかに津市長に返還してください。
- 5 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにしてください。