

三重県知事 宛て

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	月	日	まで
障害者・児	フリガナ											生 年 月 日						
	受診者氏名											明治・大正 昭和・平成 年 月 日 令和						
	フリガナ											電話番号						
	受診者住所	〒																
	個人番号																	
チェック欄	☐ 番号確認（正しい個人番号が入力されているか）										☐ 本人確認（その個人番号が付番されている方か）							
受診者が18歳未満の場合のみ記入	フリガナ											受診者 との続柄						
	保護者氏名																	
	フリガナ											電話番号 ※2						
	保護者住所 ※2	〒																
	保護者 個人番号																	
チェック欄	☐ 番号確認（正しい個人番号が入力されているか）										☐ 本人確認（その個人番号が付番されている方か）							
破損、紛失等をした 具 体 的 な 理 由																		
破損、紛失等をした 年 月 日		年 月 日 ・ 不明																

申請者 下

住所

氏 名

電話番号

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、速やかに市役所又は町役場を通じて三重県知事に返還してください。