

様式第 32 号(第 19 条関係)

自立支援医療受給者証(更生医療)再交付申請書					
受診者	フリガナ		生年 月日	年 月 日	
	氏 名		個人 番号		
	フリガナ				
	住 所				
再交付を申請する理由		☐ 破ったため ☐ 汚したため ☐ 失ったため			
自立支援医療受給者証の再交付を受けたいので、上記のとおり申請します。 京丹後市長 様 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電 話 () ※個人番号 (※障害者本人が申請者の場合は記入不要)					