様式第53号

自立支援医療受給者証再交付申請書(育成医療　・　更生医療　・　精神通院)

(あて先)　千葉市長　　年　　月　　日

下のとおり自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="4">受診者(申請者)</td><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>個 人 番 号</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>居　住　地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td></td><td>建物名・部屋番号等</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>連　絡　先</td><td>電話番号</td><td>(携帯電話など平日、日中の連絡先)
―　　―</td><td colspan="2">電子メールアドレス</td><td>@</td></tr>
<tr><td rowspan="4">受診者が18歳未満の場合の申請者</td><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">続　柄</td><td colspan="2" rowspan="2">受診者から見て(　　)</td></tr>
<tr><td>個 人 番 号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>居　住　地</td><td colspan="5">□　受診者と同居(記入不要)
□　受診者と別居(以下に記入)</td></tr>
<tr><td></td><td>建物名・部屋番号等</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>連　絡　先</td><td>電話番号</td><td>(携帯電話など平日、日中の連絡先)
―　　―</td><td colspan="2">電子メールアドレス</td><td>@</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請の理由</td><td colspan="4">紛失　・　汚損　・　その他(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="6">申請者と同一の場合は、以下記入不要</td></tr>
<tr><td rowspan="4">提出者</td><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>続　柄</td><td colspan="2">受診者から見て(　　)</td></tr>
<tr><td>居　住　地</td><td colspan="5">□　受診者と同居(記入不要)
□　受診者と別居(以下に記入)</td></tr>
<tr><td></td><td>建物名・部屋番号等</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>連　絡　先</td><td>電話番号</td><td>(携帯電話など平日、日中の連絡先)
―　　―</td><td colspan="2">電子メールアドレス</td><td>@</td></tr>
<tr><td colspan="2">備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>