

様式第7号

自立支援医療（育成医療）受給者証再交付申請書					
受 診 者	フリガナ				生年月日
	氏名	個人番号：			年 月 日
	住所	〒			
	被保険者証の記号及び番号			保険者名	
	高額治療継続者	該当 ・ 非該当			
自立支援医療費受給者番号					
<p>次の理由により、自立支援医療（育成医療）受給者証の再交付を申請します。                      (理由)</p> <p>明石市長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>					