

岡山市自立支援医療（更生医療）受給者証（上限管理票）再交付申請書

年 月 日

岡 山 市 長 様

申請者

居住地

氏 名

印

次のとおり自立支援医療（更生医療）受給者証（上限管理票）の再交付を申請します。

自立支援医療受給者証番号		
個 人 番 号	
受 給 者	フリガナ	
	氏 名	

再交付申請理由

紛失のため

汚損・破損のため

その他（ ）