

自立支援医療受給者証再交付申請書

年 月 日

鳥取県知事 様

申請者 住 所
氏 名

自立支援医療受給者証の再交付を次のとおり申請します。

障 害 児・者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日	
	フリガナ		電 話 番 号	
	住 所			
障 害 児 で あ る 場 合	フリガナ		続 柄	
	保護者の氏名			
	フリガナ		電 話 番 号	
	保護者の住所			
申 請 の 理 由				