様式第７号（第１０条関係）

自立支援医療受給者証（育成医療）・上限額管理票再交付申請書

受付印

年　　月　　日

岡　山　市　長　　様

（申請者）

住　所

氏　名

電話番号

次のとおり、自立支援医療費受給者証（育成医療）・上限額管理票の再交付を申請します。

自立支援医療費受給者番号		
受診者	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（　　）

□

□