様式第７号（第９条関係）

育成医療受給者証再交付申請書

年　　　月　　　日

伊達市長　様

住所

申請者

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者 | フリガナ |  | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | 男女 | 年　　月　　日 |
| フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 住　　所 |  |
| 受給者（保護者）※ | フリガナ |  | 続柄 |  |
| 氏　　名 |  |
| フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 住　　所 |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請の理由 |  |

※申請者と異なる場合に記入。