

自立支援医療受給者証再交付申請書（精神通院）

受診者	フリガナ							生年月日	
	氏名							年 月 日	
	住所	〒						電話番号	
	個人番号								
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受診者との関係	
	保護者氏名								
	保護者住所 ※	〒						<input type="checkbox"/> 受診者と同じ 電話番号	
	保護者個人番号								
自立支援医療費受給者番号									
受給者証の有効期間		から						まで	
再交付を申請する理由		1 破損	〔				〕		
		2 汚損	〔				〕		
		3 紛失	〔				〕		
<p>上記理由により、自立支援医療受給者証（精神通院）の再交付を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 20px; display: inline-block;">島根県知事 殿</div> </div>									

※ 受診者本人と異なる場合に記入すること。

(注) 破損又は汚損の場合は、自立支援医療受給者証(精神通院)を添付すること。

【受給者証の送付先】	(住所)	※3の場合は、医療機関名を記入すること。
	〒	[医療機関名]
[該当番号に○すること]	()	()
1 申請者本人	※2, 4の場合は、宛先人の氏名と続柄を記入すること。	
2 家族	[氏名]	[受診者との続柄]
3 受診する医療機関	()	()
4 その他		