

自立支援医療受給者証（精神通院）再交付申請書

市 町 取 受 印

受 診 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		明・大・昭・平・令 年 月 日
	住 所	〒 - 電話 ()	
	※ 個人番号		
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ		続 柄
	氏 名		
	住 所	〒 - 電話 ()	
	個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
発行済受給者証の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
再交付の理由（○印をつけてください）	<p style="text-align: center;">具体的に理由を記入してください</p> <p>1 破った</p> <p>2 汚した</p> <p>3 紛失した</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>		
<p>私は、自立支援医療受給者証の再交付を、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">広島県知事様</p>			

自立支援医療受給者証の送付先（○印をつけてください）	住 所	〒 - 電話 ()
1 申請者 2 家族 3 医療機関		
2又は3に○の場合は、右欄も記入してください。	氏 名	

※ 個人番号を確認できるものが必要です。（個人番号カード、通知カード+運転免許証又はパスポート等公的機関が発行した顔写真入りの書類等）