

自立支援医療受給者証（精神通院）再交付申請書

受 診 者	フリガナ		性別	生 年 月 日				
	氏 名		男 ・ 女	明治 大正 昭和 平成	年 月 日			
	住 所	〒 —	電話番号					
	個人番号							
受 診 者 が 1 8 歳 未 満 の 場 合	フリガナ		受診者 との続柄					
	保護者氏名							
	保護者住所	〒 —	電話番号					
	保護者個人番号							
自立支援医療受給者証番号								
受給者証の有効期間		平成	年	月	日から 平成	年	月	日まで
再 交 付 申 請 理 由	<div style="text-align: center; padding: 20px;"> <p>1 汚れ</p> <p>2 破り</p> <p>3 紛失</p> </div>							
私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第52条に基づき支給認定のあった自立支援医療受給者証（精神通院）の再交付について、上記のとおり申請します。			市町村受付印		精神保健福祉センター受付印			
申請者氏名			印					
平成 年 月 日								
和歌山県知事 様								

※ 自立支援医療費受給者証（精神通院）を破り、又は汚した場合の申請には当該受給者証を添付すること。
申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。 （受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者となります。）