

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											生 年 月 日		
	氏 名											明治 大正 昭和 平成 令和	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		令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで					
再 交 付 申 請 理 由	<p>1 汚れ</p> <p>2 破り</p> <p>3 紛失</p>													
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 令和 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。受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者となります。