

別紙様式第3号

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		該当するものに○をつけてください。 1 破損 2 汚損 3 紛失	
上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。  申請者氏名  年 月 日			
保健所長 殿			

※破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。

※再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに知事に返還してください。