

自立支援医療受給者証(精神通院)再交付申請書

年 月 日

愛知県知事殿

申請者氏名

私は、下記により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

記

受 診 者	フリガナ												生年月日	
	氏名												年 月 日	
	フリガナ													
	住所	〒 -												
	個人番号													
電話番号														
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合のみ記入)	フリガナ												続柄	
	氏名													
	フリガナ													
	住所	〒 -												
	個人番号													
	電話番号													
再交付を申請する理由  〔 該当の数字を○で囲むこと。 〕		1 破れたため												
		2 汚したため												
		3 失ったため												
※市町村受付欄												※県受付欄		

考備 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。  
 2 紛失した受給者証が見つかった場合は、市町村役場に提出すること。  
 3 ※は記入しないこと。