

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。