

(様式第11)

自立支援医療受給者証再交付申請書 (精神通院医療)

受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏名		大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	フリガナ		
	住所		
	個人番号		
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ		続柄
	氏名		
	フリガナ		
	住所		
	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	年 月 日 から 年 月 日 まで		
再交付申請の理由			
備考			
自立支援医療受給者証について、上記のとおり再交付を申請します。			
年 月 日			
(あて先)			
申請者氏名			