

(様式第 1 1)

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											