

自立支援医療受給者証(精神通院)再交付申請書

令和 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。