

市 町 取 受 印

自立支援医療受給者証（精神通院）再交付申請書

受 診 者	フリガナ											生 年 月 日											
	氏 名											明・大・昭・平・令 年 月 日											
	住 所	〒 - 電話 ()																					
	※ 個 人 番 号																						
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ											続 柄											
	氏 名																						
	住 所	〒 - 電話 ()																					
	個 人 番 号																						
自立支援医療費受給者番号		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																					
発行済受給者証の有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで																					
再交付の理由（○印をつけてください）		具体的に理由を記入してください <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> 1 破った 2 汚した 3 紛失した </td> <td style="width: 40%; vertical-align: middle; border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="font-size: 2em; text-align: center;">[</div> </td> <td style="width: 30%; vertical-align: middle; border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="font-size: 2em; text-align: center;">]</div> </td> </tr> </table>										1 破った 2 汚した 3 紛失した	<div style="font-size: 2em; text-align: center;">[</div>	<div style="font-size: 2em; text-align: center;">]</div>									
1 破った 2 汚した 3 紛失した	<div style="font-size: 2em; text-align: center;">[</div>	<div style="font-size: 2em; text-align: center;">]</div>																					
<p>私は、自立支援医療受給者証の再交付を、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">広島県知事様</p>																							

自立支援医療受給者証の送付先（○印をつけてください）	住 所	〒 - 電話 ()
1 申請者 2 家族 3 医療機関		
2又は3に○の場合は、右欄も記入してください。	氏 名	

※ 個人番号を確認できるものがが必要です。（個人番号カード、通知カード+運転免許証又はパスポート等公的機関が発行した顔写真入りの書類等）