

自立支援医療（精神通院）受給者証再交付申請書

障害者・児	フリガナ		生年月日											
	受診者氏名		年 月 日											
	フリガナ		電話番号											
	受診者住所	岐阜県												
	個人番号													
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入すること。)	フリガナ		受診者との関係(続柄)											
	保護者氏名													
	フリガナ		電話番号※2											
	保護者住所※2													
個人番号														
自立支援医療費受給者番号														
再交付の理由※3	破損 ・ 汚損 ・ 紛失													
<p>自立支援医療（精神通院）受給者証について、上記の理由により再交付を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 (受診者氏名。受診者が18歳未満の場合は、保護者氏名)</p> <p>岐阜県精神保健福祉センター所長 様 保健所長 様</p>														

※1 既に交付されている受給者証の破損又は汚損による再交付の申請には、当該受給者証を添付すること。

※2 受診者本人と異なる場合に記入すること。

※3 該当するものに○をすること。