

様式第6号（第5条関係）

自立支援医療（精神通院医療）受給者証再交付申請書

受診者	フリガナ						生 年 月 日			
	氏 名						年 月 日			
	住 所	〒					電話番号			
							個人番号			
	電子メール									
	加入医療保険の記号及び番号						保険者名			
	高額治療継続者	該 当 ・ 非 該 当								
	自立支援医療費受給者番号									
の受診者が18歳未満	フリガナ					受診者との続柄				
	保護者氏名									
	保護者住所 ※1	〒					電話番号 ※1			
							個人番号			
電子メール ※1										
<p>次の理由により、自立支援医療（精神通院医療）受給者証の再交付を申請します。</p> <p>（理由） *該当するものを○で囲むこと</p> <p style="text-align: center;">破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失</p> <p>兵庫県知事 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>										

- (注) 1 破損又は汚損による申請の場合は、自立支援医療受給者証（精神通院医療）を添付すること。
 2 申請者氏名については、受診者が18歳未満の場合、保護者氏名を記入すること。
 3 ※1の欄は受診者本人と異なる場合に記入すること。
 4 ※2の欄は、記入しないこと。

受理機関名 ※2		受理年月日
		年 月 日
精神保健福祉センター収受年月日 ※2		年 月 日