

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	カトウ ハナコ			生 年 月 日					
	氏 名	加東 花子			〇〇年〇〇月〇〇日					
	住 所	〒 673-1431 加東市社50番地								
	電話番号	0795-〇〇-〇〇〇〇			個人番号	1	2	3	4	5
	電子メール					6	7	8	9	0
	被保険者証 の記号及び 番号	123456 789			保険者名	〇〇健康保険組合 〇〇支部				
	高額治療 継 続 者	<input checked="" type="radio"/> 該当 ・ <input type="radio"/> 非該当								
	自立支援医療費 受給者番号	1	2	3	4	5	6	7		
の受 場 診 者 が 18 歳 未 満	フリガナ				受診者との					
	保護者氏名				続柄					
	保護者住所 ※ 1	〒								
	電話番号※ 1									
	電子メール※ 1									
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。 （理由）*該当するものを○で囲むこと <p style="text-align: center;">破損 ・ 汚損 ・ 紛失</p> 兵庫県知事 様 〇〇年 〇〇月 〇〇日 申請者 住所 加東市社50番地 氏名 加東 花子										

- (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