

様式第9号(第6条関係)(用紙 日本工業規格A4縦型)

自立支援医療受給者証再交付申請書

年 月 日

精神保健福祉センター所長 様

申請者 住所
氏名 印

次のとおり医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

1 申請者

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------|--|---------|-----|----|---|-------|--|--|
| 障害者・児 (受診者) | フリガナ | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 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 | | | | | | | | |
| 受診者個人番号 | | | | | | | | | |
| 保護者 (受診者が 18歳未満の 場合) | フリガナ | | 受診者との関係 | | | | | | |
| | 保護者氏名 | | | | | | | | |
| | フリガナ | | 電話番号 | | | | | | |
| | 保護者住所 | | | | | | | | |
| 保護者個人番号 | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | |

2 申請の理由

(注)汚れ又は破損を理由として再交付の申請をする場合は、交付を受けている医療受給者証を添付すること。