

自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書

令和 年 月 日

愛媛県知事 様

申請者 居 住 地
氏 名
(受診者との続柄)
連 絡 先

受 診 者	フリガナ 氏 名		生 年 月 日	
			年 月 日	
	フリガナ 居 住 地		連 絡 先 (電話番号)	
	個 人 番 号			
自立支援医療受給者証 の 受 給 番 号				
受給者証の有効期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日		
再交付の理由 (該当する□にレ印を 付すこと。)		<input type="checkbox"/> 破損又は汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px; padding: 5px;"> 紛失したときの状況 </div>		

注 1 破損又は汚損の場合にあっては、その自立支援医療受給者証を添付すること。