

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 紛失したときの状況		

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。