

自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書

平成 年 月 日

愛媛県知事

様

居 住 地

申請者

氏 名

印

（受診者との続柄）

連 絡 先

受 診 者	フリガナ 氏 名		性 別	生 年 月 日	
			男・女	年 月 日	
	フリガナ 居 住 地	(郵便番号 ー)*		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		平成 年 月 日から 平成 年 月 日			
再交付の理由 (該当する□に✓印を 付すこと。)		☐ 破損又は汚損 ☐ 紛失 紛失したときの状況			

注 1 記名押印に代えて署名することができる。

2 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。