

(様式第1号) 自立支援医療受給者証（精神通院）再交付申請書															
令和 年 月 日															
愛知県知事 殿															
申請者氏名															
私は、下記により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。															
記															
受 診 者	フリガナ											生	年	月	日
	氏 名											年 月 日			
	フリガナ													<個人番号> ☐ 確認済 ☐ 市で補記	
	住 所	〒 —													
	個人番号														
電話番号															
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合のみ記入)	フリガナ											続 柄		<個人番号> ☐ 確認済 ☐ 市で補記	
	氏 名														
	フリガナ														
	住 所	〒 —													
	個人番号														
電話番号															
再交付を申請する理由 (該当の数字を○で囲むこと。)		1 破れたため。 2 汚れたため。 3 失ったため。													
※市町村受付欄	受給者番号 手帳有効期間 通院有効期間										※県受付欄				

- 備考
- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
 - 2 紛失した受給者証を見つけた場合は、市町村役場に提出すること。
 - 3 ※は、記入しないこと。