

自立支援医療受給者証再交付申請書(精神通院医療)													
受 診 者	フリガナ			性別				生年月日					
	氏名			男・女				明治 大正 昭和 平成		年 月 日			
	フリガナ			電話番号									
	住所												
	個人番号												
保護者(受診者が18歳未満 の場合記入)	フリガナ			続柄									
	氏名												
	フリガナ			電話番号※1									
	住所 ※1												
	個人番号												
自立支援医療費受給者番号													
受給者証の有効期間			年 月 日から				年 月 日まで						
再交付申請理由			1. 破損 2. 汚損 3. 紛失 (いずれかに○)										
			(理由)										
備考													
<p>障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令(平成18年政令第10号)第33条第1項の規定により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">岡山県知事 岡山県精神保健福祉センター所長 殿</p>													

※1 受診者本人と異なる場合に記入

※ 自立支援医療受給者証を破損し、又は汚損した場合の申請の際には、当該自立支援医療受給者証を添付すること。