

自立支援医療受給者証（精神通院）再交付申請書				
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 令和 年 月 日
	住 所	〒 ー 和歌山県日高郡日高川町大字	電話番号	
	個人番号			
受 診 者 が 1 8 歳 未 満 の 場 合	フリガナ		受診者 との続柄	
	保護者氏名			
	保護者住所	〒 ー 和歌山県日高郡日高川町大字	電話番号	
	保護者個人番号			
自立支援医療受給者証番号				
受給者証の有効期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
再 交 付 申 請 理 由	<p>1 汚れ</p> <p>2 破り</p> <p>3 紛失</p>			
私は、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第52条に基づき支給認定のあった自立支援医療受給者証（精神通院）の再交付について、上記のとおり申請します。 申請者氏名 印 令和 年 月 日 和歌山県知事 様		市町村受付印	精神保健福祉センター受付印	

※ 自立支援医療費受給者証（精神通院）を破り、又は汚した場合の申請には当該受給者証を添付すること。申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。（受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者となります。）