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		生　年　月　日	
	氏　　名		明治 大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日	
	住　　所	〒　　－ 日高郡日高川町大字	電話番号	
	個 人 番 号			
受診者が18歳未満の場合のみ記入	フリガナ		受診者との続柄	
	保護者氏名			
	保護者住所	〒　　－	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	１　汚れ ２　破り ３　紛失

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 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。
受診者が１８歳未満の場合、申請者は保護者となります。