

自立支援医療(精神通院)受給者証再交付申請書																		
受診者	フリガナ											生年月日						
	氏名											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歳未満の場合に記入すること。)	フリガナ											続柄						
	氏名																	
	フリガナ											電話番号						
	住所																	
	個人番号																	
自立支援医療費受給者番号																		
自立支援医療(精神通院)受給者証について、次の理由により再交付を受けたいので申請します。																		
理由 破損 ・ 汚損 ・ 紛失																		
年 月 日																		
申請者氏名																		
富山県知事 殿																		

- 備考
- 1 破損又は汚損をしたため再交付を申請する場合は、破損又は汚損をした自立支援医療受給者証を添付すること。
 - 2 保護者の住所及び電話番号は、受診者本人と異なる場合に記入すること。
 - 3 理由は、該当するものを○で囲むこと。