

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													
<p>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。</p> <p>理由      破損 ・ 汚損 ・ 紛失</p> <p style="text-align: center;">年   月   日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p>富山県知事 殿</p>													

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。