

様式第9号(第6条関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

自立支援医療受給者証再交付申請書

年 月 日

精神保健福祉センター所長 様

申請者 住所
氏名

次のとおり医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

1 申請者

障害者・児 (受診者)	フリガナ		年齢	歳	生年月日						
	受診者氏名				年 月 日						
	フリガナ		電話番号								
	受診者住所	(〒 -)									
受診者個人番号											
保護者 (受診者が 18歳未満の 場合)	フリガナ		受診者との 関係								
	保護者氏名										
	フリガナ		電話番号								
	保護者住所	(〒 -)									
保護者個人番号											
受給者番号											

2 申請の理由

(注)汚れ又は破損を理由として再交付の申請をする場合は、交付を受けている医療受給者証を添付すること。