

自立支援医療受給者証再交付申請書（精神通院医療）

受診者	ふりがな				生 年 月 日	年 齡						
	氏 名				年 月 日	歳						
					個 人 番 号							
住 所	〒 電話 - -											
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合)	氏名		受診者との 続 柄	父母・配偶者・兄弟姉妹・祖父母 親類・同居者・その他（								
			個人番号									
	住 所	電話										
自立支援医療費受給者番号		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
受給者証の有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで										
再 交 付 申 請 理 由		<ul style="list-style-type: none"> <li>・紛失</li> <li>・汚損</li> <li>・破損</li> <li>・その他</li> </ul>										
備 考												
<p>自立支援医療受給者証の再交付について、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(宛先) 埼玉県知事</p> <p style="text-align: center;">申請者</p>												
					収 受 印							
					<table border="1"> <tr> <td style="width: 100px; height: 100px;"></td> </tr> </table>							