

# 自立支援医療費 (精神通院医療) 受給者証再交付申請書

市町村名
受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

平成 年 月 日

障害者自立支援法施行令第32条第1項に基づく自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

再交付申請理由 (該当するものに印をつけてください。)		1 破れ		2 汚れ		3 紛失	
受診者	フリガナ氏名	⑩ (自署又は記名押印)		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
	住所	奈良県北葛城郡広陵町 電話番号 ( )					
保 護 者 (受診者が十八歳未満の場合)	フリガナ氏名	⑩ (自署又は記名押印)		受診者との関係			
	住所	奈良県北葛城郡広陵町 電話番号 ( )					
既存の受給者証の有効期限		平成 年 月 日					
既存の受給者証の受給者番号							

- (注) 1 太線枠内が未記載の場合は、市町村が記載してください。  
 2 再交付の理由が「破れ」「汚れ」の場合は、受給者証の写しを添付してください。  
 3 受診者が18歳未満の場合は、保護者欄も記載してください。  
 4 の欄は記載しないでください。