

市町受付欄

自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書

三重県知事 宛て

年 月 日

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第54条第3項の規定に基づき交付された自立支援医療受給者証を [破損、汚損、紛失、その他（ ）] しましたので、再交付の申請をします。

自立支援医療受給者番号※1				受給者証有効期間※1		自 至		年 月 日		年 月 日		月末日まで	
障害者・児	フリガナ							性別	男・女	生 年 月 日			
	受診者氏名									明治・大正 昭和・平成 年 月 日			
	フリガナ							電話番号					
	受診者住所	〒											
個人番号													
受診者が18歳未満の場合のみ記入	フリガナ							受診者との続柄					
	保護者氏名												
	フリガナ							電話番号※2					
	保護者住所※2	〒											
保護者個人番号													
破損、紛失等をした具体的な理由													
破損、紛失等をした年 月 日		年 月 日 ・ 不明											

申請者 〒

住 所

氏 名

印

電話番号

受診者との関係：

備考

- 現在の受給者証から判明する場合にのみ記入してください。
- 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- 破損及び汚損の場合は、その受給者証を添付してください。
- 紛失した受給者証を発見したときは、速やかに市役所又は町役場を通じて三重県知事に返還してください。
- 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにしてください。

(規格A4)