

自立支援医療費（精神通院医療）受給者証再交付申請書

受診者	フリガナ		生年月日																	
	氏名		大・昭・平・令 年 月 日																	
	フリガナ		電話番号																	
	住所	〒	-																	
	個人番号																			
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		続柄																	
	保護者氏名																			
	フリガナ																			
	保護者住所	〒	-																	
	保護者個人番号																			

再交付申請の理由

- (1) 破損 (2) 汚損 (3) 紛失

※ 破損又は汚損の場合には、その受給者証を必ず添付してください。

私は、自立支援医療費（精神通院医療）受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者氏名

(宛 先) 秋田県知事

自治体記入欄

申請受理	受給者証番号 No. _____
	再交付を申請した受給者証の交付日 年 月 日
	再交付を申請した受給者証の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
備考	市町村担当者 本人確認欄 <input type="checkbox"/>