様式第11号（第９条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 受付機関名 |
| 受付年月日　　　　年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| 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 | フリガナ | 　 | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | 　 |  | 年　　　月　　　日 |
| フリガナ | 　 |
| 住所 |  |
| 個人番号 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保護者(受診者が18歳未満の場合記入) | フリガナ | 　 | 続柄 |
| 氏名 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 住所 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再交付が必要な理由 | １　紛失　　２　汚れ　　３　破れ　　４　その他（　　　　　　　） |
| 自立支援医療費受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 受給者証の有効期間 | 年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで　 |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | 　 |
| 備考 | 　 |
| 　　私は、上記のとおり、自立支援医療受給者証（精神通院医療）の再交付を申請します。　　　　　　　　年　　　月　　　日届出者氏名　　　　　　　　　　　　印　（宛先）　　滋賀県知事　　滋賀県　　保健所長 |

注　太枠内の該当する項目のみ記載してください。