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

（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。