

市町名	播磨町
受理年月日	平成 年 月 日

自立支援医療（精神通院医療）受給者証再交付申請書				
受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	〒		
	被保険者証 の記号及び 番号		保険者名	
	高額治療継 続者	該当 ・ 非該当		
自立支援医療費 受給者番号				
<p>次の理由により、自立支援医療（精神通院医療）受給者証の再交付を申請します。</p> <p>（理由）*該当するものを で囲むこと</p> <p style="text-align: center;">破損 ・ 汚損 ・ 紛失</p> <p>兵庫県知事 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">印</span></p>				

- 備考 1 破損又は汚損による申請の場合は、自立支援医療受給者証（精神通院）を添付すること。
- 2 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とすること。
- 3 印の欄は、記入しないこと。