

様式第6号（第5条関係）

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		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所	〒	
	電話番号	個人番号	
	電子メール		
	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		
の受 場診 者 が 18 歳 未 満	フリガナ		受診者との
	保護者氏名		続柄
	保護者住所 ※1	〒	
	電話番号※1		
	電子メール※1		
<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: right;">申請者</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>			

- (注) 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（精神通院医療）を添付すること。
- 2 申請者氏名については、受診者が18歳未満の場合、保護者氏名を記入すること。
- 3 ※1の欄は受診者本人と異なる場合に記入すること。
- 4 ※2の欄は、記入しないこと。

受理機関名 ※2		受理年月日
		年 月 日
精神保健福祉センター収受年月日 ※2		年 月 日