

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									
	加入医療保険 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 続柄		
	保護者氏名									
	保護者住所 ※1	〒					電話番号 ※1			
							個人番号			
電子メール※1										
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。 （理由）＊該当するものを○で囲むこと 破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失 兵庫県知事 様 年 月 日 申請者 住所 氏名										

（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