別紙様式第3号

<table>
<tr><td colspan="14">自立支援医療受給者証再交付申請書（精神通院）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">受診者</td><td>フリガナ</td><td colspan="8"></td><td colspan="4">生年月日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="8"></td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="8">〒</td><td colspan="4">電話番号</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">受診者が18歳未満の場合</td><td>フリガナ</td><td colspan="8"></td><td colspan="4">受診者との関係</td></tr>
<tr><td>保護者氏名</td><td colspan="8"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>保護者住所</td><td colspan="8">〒　　□受診者と同じ</td><td colspan="4">電話番号</td></tr>
<tr><td>保護者個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">自立支援医療費受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者証の有効期間</td><td colspan="12">から　　まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付を申請する理由</td><td colspan="12">該当するものに〇をつけてください。

1　破損
2　汚損
3　紛失</td></tr>
<tr><td colspan="14">上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

申請者氏名

年　　月　　日

保健所長　　殿</td></tr>
</table>

※破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。

※再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに知事に返還してください。