

自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書

年 月 日

愛媛県知事 様

居 住 地 伊予郡松前町大字  
 申請者  
 氏 名  
 （受診者との続柄）  
 連 絡 先

受診者	フリガナ名 氏 名	生年月日 年 月 日	
	フリガナ地 居 住 地	(郵便番号 — ) 伊予郡松前町大字	連 絡 先 (電話番号)
	個 人 番 号		
自立支援医療受給者証の受給番号			
受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日	
再交付の理由 (該当する□にレ印を付すこと。)		<input type="checkbox"/> 破損又は汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 紛失したときの状況	

注 破損又は汚損の場合にあっては、その自立支援医療受給者証（精神通院医療）（様式第1号）を添付すること。