

市町受付年月日

自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

香川県知事 殿

申請者 氏 名 **高松 花子**

受診者氏名  
18歳未満の場合は保護者の氏名

自立支援医療受給者証を（破った、汚した、失った）生活を総合的に支援するための法律施行令第33条第1項の規定により、自立支援医療受給者証の再交付の申請をします。

自立支援医療費受給者番号

〇〇〇〇〇〇〇

自立支援医療受給者証の有効期間

〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇年〇〇月〇〇日まで

受診者	氏名	<b>高松花子</b>				生年月日	<b>〇〇年〇〇月〇〇日</b>					
	住所	<b>高松市番町〇丁目〇番〇号</b>				電話番号	<b>000-0000-0000</b>					
	個 人 号	〇	〇	〇	〇	×	×	×	×	△	△	△

保護者 (受診者が18歳未満の場合に記載してください。)	氏名					続柄					
	住所					電話番号					
	個 人 号										

再交付を申請する理由	該当するものに○をつけてください。											
	<input checked="" type="radio"/> ① 紛失 <input type="radio"/> 2 破損 <input type="radio"/> 3 汚損 <input type="radio"/> 4 その他 ( )											

注 自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合にあっては、当該自立支援医療受給者証を添付してください。

職権	窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 障がい福祉課窓口	<input type="checkbox"/> ( ) 総合センター・支所	<input type="checkbox"/> 郵送
	<input type="checkbox"/> 対象者本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード/住民票	<input type="checkbox"/> 身分証明書(写真付) / 公的証明書2点
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 代理人 (保護者含む)	<input type="checkbox"/> 対象者本人の個人番号カード/通知カード/住民票(写しで可)		
	<input type="checkbox"/> 委任状/戸籍謄本/登記事項証明書/その他	<input type="checkbox"/> 代理人の身分証明(写真付) / 公的証明書2点		
上記以外の番号確認		<input type="checkbox"/> 申請書記載済	<input type="checkbox"/> 個人番号カード/通知カード/住民票	