

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

大阪府知事様

申請者 氏 名

㊞

障害者の日常生活及び社会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、次のとおり受給者証の再交付を申請します。

受診者	氏名		生年 月日	年	月	日
	住所					
	個人 番号					
保護者（受診者 が18歳未満の 場合記入	氏名					
	住所					
	個人 番号					
自立支援医療費受給者番号						
有効期限		年 月 日				
再交付を受ける理由		破損 ・ 汚損 ・ 紛失				
申請書 を提出 した者	氏名		本人 との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療機関職員（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	住所	連絡先（ ）				

- ※ 注意：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。
- ※ 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかとしてください。