自立支援医療費（精神通院医療）受給者証再交付申請書

受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	明・大・昭・平 年　月　日
	フリガナ			電話番号
	住所	〒　－		
	個人番号			
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		続柄	
	保護者氏名			
	フリガナ			
	保護者住所	〒　－		
	保護者個人番号			

再交付申請の理由

（1）破損　　（2）汚損　　（3）紛失

※ 破損又は汚損の場合には、その受給者証を必ず添付してください。

私は、自立支援医療費（精神通院医療）受給者証の再交付を申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者氏名　　印

（あて先）秋田県知事

自治体記入欄

申請受理	受給者証番号　No.
	再交付を申請した受給者証の交付日 年　月　日
	再交付を申請した受給者証の有効期間 年　月　日～　年　月　日
備考	市町村担当者本人確認欄