

様式第11号（第9条関係）

受付機関名
受付年月日            年    月    日

自立支援医療受給者証再交付申請書（精神通院医療）									
受 診 者	フリガナ		生 年 月 日						
	氏 名		年    月    日						
	フリガナ								
	住 所	〒            —							
	個 人 番 号								
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ							続 柄	
	氏 名								
	フリガナ								
	住 所	〒            —							
	個人番号								
再交付が必要な理由	1 紛失    2 汚れ    3 破れ    4 その他（            ）								
自立支援医療費受給者番号								/	
受給者証の有効期間	年    月    日から            年    月    日まで								
精神障害者保健福祉手帳番号									
備 考									
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療受給者証（精神通院医療）の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年    月    日</p> <p>申請者氏名</p> <p>(宛先) 滋賀県知事</p>									

注 太枠内の該当する項目のみ記載してください。