

記入例

様式第9号（第2条関係） 自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書

自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書					申請日・申請者（受診者）住所・氏名の署名または記名押印・連絡先を記入して下さい。 受診者が18歳未満の場合は、同様に保護者の情報を記入して下さい。
愛媛県知事様		令和7年 4月 1日 居住地 松山市二番町四丁目7-2 申請者 氏名 松山 太郎 (受診者との続柄) 連絡先 089-911-1816			
受診者	フリガナ氏名	マツヤマ タロウ 松山 太郎		生年月日	受診者の氏名・生年月日・住所・連絡先・個人番号を記入して下さい。
				平成1年 2月 3日	
	フリガナ居住地	(郵便番号790-0813) 松山市二番町四丁目7-2	連絡先 (電話番号)	089-948-6936	
	個人番号	0123 4567 8901			
自立支援医療受給者証の受給番号		1234567			自立支援医療の受給者番号7桁と現在交付を受けている証の有効期間を記入して下さい。
受給者証の有効期間		令和7年 4月 1日から 令和8年 3月 31日			
再交付の理由 (該当する□にレ印を付すこと。)		☐ 破損又は汚損 ☒ 紛失 紛失したときの状況 自宅で紛失			該当する再交付の理由にチェックを入れてください。 加えて「紛失」を選択された場合は、簡単にかまいませんので紛失した時の状況も記入をお願いします。

注1 記名押印に代えて署名することができる。

2 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。