

自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書

令和 年 月 日

愛媛県知事 様

居住地
申請者
氏名
(受診者との続柄)
連絡先

受 診 者	フリガナ 氏名		生 年 月 日	
			年 月 日	
	フリガナ 居住地	(郵便番号 -)	連絡先 (電話番号)	
	個人番号			
自立支援医療受給者証 の受給番号				
受給者証の有効期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日		
再交付の理由 (該当する□に✓印を 付すこと。)		<input type="checkbox"/> 破損又は汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 (紛失したときの状況)		

注 1 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を添付すること。