

自立支援医療（精神通院医療）受給者証再交付申請書

申請日 年 月 日

神戸市長 宛

私は、次のとおり、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

受 診 者	フリガナ								生年月日		
	氏名								大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
	住所	〒 -							電話 () -		
保護者(受診者が18歳未満の場合のみ記入)		フリガナ								受診者との関係(続柄)	
		氏名									
		住所								電話 () -	
自立支援医療費受給者番号		
支給認定の有効期間		年 月 日 から						年 月 日 まで			
再交付申請する理由 ※1		1. 破損または汚損したため ※2 2. 紛失したため 3. その他 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">] </div>									
備 考		同時申請あり(更新 ・ 保変 ・ 医変(医追) ・ 記変)									

※1 あてはまる番号を○で囲んでください。3. を選んだ場合は()内にその内容を詳しく記入してください。

※2 破損または汚損した自立支援医療受給者証を添付してください。

区担当者記入欄(以下の欄には記入しないでください)

<input type="checkbox"/> 区で交付済 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 再交付した受給者証のコピーを添付 (区で交付の場合は添付が必須) <ul style="list-style-type: none"> 自立支援医療受給者番号、支給認定の有効期間の欄 記入不要 <input type="checkbox"/> 受領者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他((続柄)) 	
<input type="checkbox"/> センターにて交付希望 (自立支援医療受給者番号、支給認定の有効期間の欄 記入必要)	