

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	〒 ー  電話（ ） ー			
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（ ） ー			
自立支援医療費受給者番号	<div></div>				
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 ( )				
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)

☐ 区で交付済

☐ 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)  
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

☐ 受領者 ☐ 本人  
☐ その他( (続柄) )

☐ 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)