

様式第10号

自立支援医療(精神通院医療)受給者証再交付申請書													
受診者	フリガナ											生年月日	
	氏名											明・大・昭・平・令 年 月 日	
	フリガナ											電話番号	
	住所	〒											
	個人番号												/
受診者が 場合18 歳未満の	フリガナ								続柄				
	保護者氏名												
	フリガナ												
	保護者住所	〒											
個人番号												/	
再交付申請の理由													
(1)破損                      (2)汚損                      (3)紛失													
※ 破損又は汚損の場合には、その受給者証を必ず添付してください。													
私は、自立支援医療(精神通院医療)受給者証の再交付を申請します。													
令和    年    月    日													
申請者氏名													
福島県知事													

自治体記入欄

申請受理	受給者証番号    No. _____  再交付を申請した受給者証の交付日 年    月    日  再交付を申請した受給者証の有効期間 年    月    日 ~ 年    月    日
備考	