

様式第6号（第5条関係）

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	かこがわ たろう						生年月日						
	氏名	加古川 太郎						平成〇〇年〇〇月〇〇日						
	住所	〒675-8501 加古川市加古川町北在家2000												
	電話番号	079-421-2000	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	被保険者証の記号及び番号	記号 1234 番号 5678				保険者名		〇〇保険協会 ××支部						
	高額治療継続者	<input checked="" type="radio"/> 該当 ・ <input type="radio"/> 非該当												
	自立支援医療費受給者番号	1	2	3	4	5	6	7						
の受 場 診 合 者 が 18 歳 未 満	フリガナ							受診者との						
	保護者氏名							続柄						
	保護者住所 ※1	〒												
	電話番号※1													
次の理由により、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。 （理由）*該当するものを○で囲むこと <p style="text-align: center;">破損 ・ 汚損 ・ <input checked="" type="radio"/> 紛失</p> 兵庫県知事 様 令和〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 住所 加古川市加古川町北在家2000 氏名 加古川 太郎														

- (注) 1 破損又は汚損による申請の場合は、自立支援医療受給者証（精神通院医療）を添付すること。
 2 申請者氏名については、受診者が18歳未満の場合、保護者氏名を記入すること。
 3 ※1の欄は受診者本人と異なる場合に記入すること。
 4 ※2の欄は、記入しないこと。

受理機関名 ※2		受理年月日
		年 月 日
精神保健福祉センター収受年月日 ※2		年 月 日