

自立支援医療受給者証（精神通院）再交付申請書

受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏名		明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	フリガナ		
	住所		
個人番号			
保 護 者 (受診者が18歳未満 の場合記入)	フリガナ		続柄
	氏名		
	フリガナ		
	住所		
個人番号			
受給者証の受給者番号		有効期間	(元号) 年 月 日
申請の理由 (○印)	1 破損したため 2 汚損したため 3 紛失したため 4 その他 ()		
私は、上記のとおり受給者証の再交付を申請します。			
申請者氏名			
(元号) 年 月 日			
茨城県精神保健福祉センター長 殿			

|