

自立支援医療受給者証再交付申請書(精神通院医療)

受診者	ふりがな						性別 男・女	生 年 月 日	年 齢	
	氏 名							昭和・平成 年 月 日	歳	
	住 所	〒359- 所沢市						個 人 番 号		
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合)	氏 名						受診者との 続 柄	父母・配偶者・兄弟姉妹・祖父母 親類・同居者・その他 ()		
	住 所						個 人 番 号			
							電 話			
自立支援医療費受給者番号						/				
受給者証の有効期間	平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで									
再交付申請理由	<ul style="list-style-type: none"> ・紛失 ・汚損 ・破損 ・その他 <div style="text-align: center; font-size: 2em; margin-top: 20px;">[]</div>									
備 考										
<p>自立支援医療受給者証の再交付について、上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(宛先) 埼玉県知事様</p>							<p>届出者(自署又は記名押印)</p> <p>_____</p>		<p>収 受 印</p>	