

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18歳未満の場合	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	
----	--