

自立支援医療費（精神通院）受給者証再交付申請書

年 月 日

京 都 府 知 事 様

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定による自立支援医療費（精神通院）受給者証について、再交付の申請をします。

受診者 (本人)	フリガナ氏名	個人番号 (- -)			
	住所	電話 - -			
生 年 月 日		年 月 日			
保護者氏名 ※受診者が18歳未満の場合にご記入ください	フリガナ氏名	続柄			
	住所	受診者と同じであれば記入不要 電話 - -			
受給者番号					
再交付を申請する理由		1. 破 損 2. 汚 損 3. 紛 失			
申請書を提出した者 ※受診者と同じであれば記入不要	フリガナ氏名			本人との関係	
	住所	電話 - -			

市 町 村 受 付	
-----------------------	--

注 再交付理由が「破損」及び「汚損」の場合は、受給者証を添付してください。

用紙の大きさは日本産業規格 A4 とすること