

自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理票
(精神通院医療) 再交付申請書

年 月 日

愛媛県知事 様

居 住 地
申請者
氏 名
(受診者との続柄)
連 絡 先

印

受 診 者	フリガナ 氏 名		生 年 月 日	
			年 月 日	
	フリガナ 居 住 地	(郵便番号 -)	連 絡 先 (電話番号)	
	個 人 番 号			
自立支援医療受給者証 の 受 給 番 号				
受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日		
再交付の理由 (該当する□に \sphericalangle 印を 付すこと。)		<input type="checkbox"/> 破損又は汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 (紛失したときの状況)		

注1 記名押印に代えて署名することができる。

2 破損又は汚損の場合にあっては、その自立支援医療受給者証を添付すること。