様式第6号(第8条関係)

年　　　月　　　日

　　　　福井県知事　　様

申請者　住所

氏名

自立支援医療受給者証再交付申請書

　　　下記の理由により、自立支援医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療の種類 | 精神通院医療 |
| 受　診　者 | 住　　所 | 郵便番号 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (受診者が | 保　　護　　者 | 住　　所※1 | 郵便番号 |
| 氏　　名 |  |
| 18 |
| 歳未満の場合) |
| 電話番号※2 |  | 続柄 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 再交付の理由 | 　1　破　損　2　汚　損　3　紛　失　4　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

　　　備考

　　　　※1および※2は、受診者本人と異なる場合に記入してください。