

自立支援医療受給者証再交付申請書 (精神通院医療)														
支給認定障害者	フリガナ										生年月日			
	氏名										年月日			
	住所										連絡先(電話番号)			
	個人番号													
保護者 <small>(受診者が18歳未満の場合記入)</small>			フリガナ										続柄	
			氏名											
			住所										連絡先(電話番号)	
			個人番号											
自立支援医療費受給者番号										/				
受給者証の有効期間			年 月 日から 年 月 日まで											
再交付申請理由														
破 損														
汚 損														
紛 失														
<p>自立支援医療受給者証の再交付を受けたいので、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施行令第33条第1項の規定により、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名 ㊟</p> <p>山形県知事 殿</p>														

※ 署名した場合は、押印を省略することができる。

本人確認	医療受給者証の返還
	受領印