

自立支援医療受給者証（精神通院）再交付申請書

受 診 者	フリガナ											生年月日					
	氏名											明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日		
	フリガナ																
	住所																
	個人番号																
保 護 者  (受診者が18歳未満 の場合記入)	フリガナ											続柄					
	氏名																
	フリガナ																
	住所																
	個人番号																
受給者証の受給者番号																	
		有効期間										令和 年 月 日					
申請の理由 (○印)		1 破損したため 2 汚損したため 3 紛失したため 4 その他 ( )															
私は、上記のとおり受給者証の再交付を申請します。  申請者氏名  令和 年 月 日  茨城県精神保健福祉センター長 殿																	