別記様式第3号の5(その6)(第5条の3関係)

　　　年　　　月　　　日

　　石川県知事　　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 |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | |
| 歳未満の場合)  保護者(受診者が | 住所  ※1 |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 電話番号  ※2 |  | | | | | | | 続柄 | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付の理由 | 1　破損  2　汚損  3　紛失  4　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

備考　※1及び※2は、受診者本人と異なる場合に記入してください。