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。