

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							昭和 平成 年 月 日 令和					
	フリガナ												
	住 所	〒											
	個 人 番 号	Tel (- -)											
自立支援医療費受給者番号													
受給者証の有効期間		平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで											
申 請 理 由	受給者証	1 破損または汚損 ※1											
		2 紛失											
		3 その他 ()											
	自己負担上限額管理票	1 破損または汚損 ※1											
		2 紛失											
		3 記入欄の不足											
		4 その他 ()											
	私は、上記のとおり、自立支援医療受給者証（精神通院）の再交付を申請します。												
申請者氏名													
令和 年 月 日													
山口県知事 様													

※ 破損または汚損した自立支援受給者証（精神通院）を添付してください。