

島根県知事 様

住所
申請者
氏名

自立支援医療受給者証(精神通院医療)再交付申請書

年 月 日付で交付を受けた下記の受給者証を紛失(棄損)したので、再交付されるよう申請します。
記

障害者・児	フリガナ		年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名				年	月
	フリガナ		電話番号			
	受診者住所					
	個人番号					
個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能ですので、希望される方は右のボックスにチェックを入れてください。※記入いただいた情報は個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。						<input type="checkbox"/>
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係			
	保護者氏名					
	フリガナ		電話番号※			
	保護者住所※					
	保護者個人番号					
個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能ですので、希望される方は右のボックスにチェックを入れてください。※記入いただいた情報は個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。						<input type="checkbox"/>
受給者証の送付先	(該当番号に○をすること。) 1 受診者本人 2 家族 3 受診する医療機関 4 その他	(住所) 〒	(3の場合は、医療機関名を記入すること。) (医療機関名)			
		(2、4の場合は、宛先人の氏名と続柄を記入すること。) (氏名) (受診者との続柄)				
再交付の理由	1 汚れ 2 破れ 3 紛失					

※ 受診者本人と異なる場合に記入すること。

(注) 汚れ又は破れの場合は、自立支援医療受給者証(精神通院医療)を添付すること。