

(様式26)

自立支援医療費（精神通院医療）受給者証再交付申請書

受診者	フリガナ									生年月日			
	氏名									大・昭・平・令			
	フリガナ									年 月 日			
	住所	〒 -								電話番号			
	個人番号												
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							続柄					
	保護者氏名												
	フリガナ												
	保護者住所	〒 -											
	保護者個人番号												

再交付申請の理由

(1) 破損 (2) 汚損 (3) 紛失

※ 破損又は汚損の場合には、その受給者証を必ず添付してください。

私は、自立支援医療費（精神通院医療）受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者氏名

(宛 先) 秋田県知事

自治体記入欄

申請受理	受給者証番号 No. _____	
	再交付を申請した受給者証の交付日 年 月 日	
	再交付を申請した受給者証の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
備考		市町村担当者 本人確認欄 ☐