（様式第１１号）

市町村受付印

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		
	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を秘匿することが可能です。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。		□

保　護　者 （受診者が１８歳未満の場合記入）	フリガナ		続　柄
	氏　名		
	住　所		
	個人番号		

受給者証の受給者番号		有効期間	

申 請 の 理 由 （ ○ 印 ）	１　破損したため ２　汚損したため ３　紛失したため ４　その他（　　）

私は、上記のとおり受給者証の再交付を申請します。

申請者氏名

年　　月　　日

茨城県精神保健福祉センター長　様

FBP0276B