（様式第１０号）

市町村名・受付年月日

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 令和　年　月　日
	フリガナ		
	住　所		
	個人番号		
保護者 （受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ		続　柄
	氏　名		
	フリガナ		
	住　所		
	個人番号		
受給者証の受給者番号		有効期間	（元号）　年　月　日
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　　印

令和　　年　　月　　日

茨城県精神保健福祉センター長　　殿