

自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書

障害者・児	フリガナ											性別	男・女	生年月日	年齢	
	受診者氏名														年 月 日	歳
	受診者住所	〒 電話 群馬県吾妻郡東吾妻町大字														
	個人番号															
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合)	氏 名											受診者との関係				
	住 所															
	個人番号															
自立支援医療費受給者番号																
受給者証の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで															
再 交 付 申 請 理 由	1 破損した 2 汚した 3 紛失した															
備 考																
障害者総合支援法施行令第33条第1項の規定に基づき、自立支援医療受給者証（精神通院医療）の再交付について、上記のとおり申請します。																
令和 年 月 日												申請者氏名 _____ 印			收受印	
群馬県知事 様																

