様式第10号

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 精神通院 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		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		受診者との関係
	保護者氏名		
	保護者住所	〒　□受診者と同じ	電話番号
	保護者個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から　まで	
再交付を申請する理由		該当するものに〇を付けてください。 1　破損 2　汚損 3　紛失 4　その他（　　）	

上記理由により、自立支援医療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　殿

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。マイナンバーカードをDV・虐待等の加害者が所有している場合、加害者が法定代理人である場合、マイナポータルで加害者を代理人設定している場合のいずれかもしくは複数に該当する場合で、秘匿にすることを希望される方は右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。

☐

市町村受付印

※　破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。
※　再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに知事・市町村長に返還してください。