

自立支援医療(精神通院)受給者証再交付申請書

受 診 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		大正 昭和 年 月 日 平成 令和
	住 所	電話番号 — —	
	個人番号	—	—
(未 満 の 場 合 1 8 歳 の 受 診 者 が 保 護 者)	フリガナ		続 柄
	氏 名		
	住 所	電話番号 — —	
	個人番号	—	—
再交付申請の理由	<ul style="list-style-type: none"> ・紛失 ・汚損 ・破損 ・その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>		
<p>上記のとおり、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(宛先) さいたま市長</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <hr style="width: 30%; margin: 10px auto;"/>			