

自立支援医療受給者証（精神通院）再交付申請書

(宛先) 京 都 市 長	平成 年 月 日
申請者の住所	申請者の氏名（記名押印又は署名） 電話 — (受診者との関係)

①京都市提出用
②保健センター提出用
③申請者控

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第33条第1項の規定により自立支援医療受給者証（精神通院）の再交付を申請します。

受 診 者	住 所																
	氏 名							性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								
	個人番号																
	生年月日	年 月 日															
保護者 (受診者が18歳未満の場合、記入してください)	住 所																
	個人番号																
	氏 名							受診者との続柄									
自立支援医療受給者証受給者番号								有効期限	平成 年 月 日								
申請の理由 ※	<input type="checkbox"/> 汚れた。 <input type="checkbox"/> 破れた。 <input type="checkbox"/> 紛失した。																

注 該当する□に、レ印を記入してください。

※ 申請の理由が「汚れた。」「破れた。」の場合は、当該自立支援医療受給者証を添付してください。