様式第4号

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　　年　　月　　日 令和
	フリガナ		
	住　　所	〒 TEL（　　－　　－　　）	
	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		平成・令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで	
申請理由	受給者証	１　破損または汚損 ※1	
		２　紛失	
		３　その他　（　　）	
	自己負担上限額管理票	１　破損または汚損 ※1	
		２　紛失	
		３　記入欄の不足	
		４　その他　（　　）	

私は、上記のとおり、自立支援医療受給者証（精神通院）の再交付を申請します。

申請者氏名　　印　※2

令和　　年　　月　　日

山口県知事　　様

※１　破損または汚損した自立支援受給者証（精神通院）を添付してください。

※２　申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。