

自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書

堺市長様

申請者氏名

⑨

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、次のとおり受給者証の再交付を申請します。

受診者	氏名		生年 月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	個人番号			
	住所	堺市 区		
保護者 (受診者が18歳 未満の場合記入)	氏名		続柄	
	個人番号			
	住所			
自立支援医療費受給者番号				
有効期限		令和 年 月 日		
再交付を受ける理由		破損・汚損・紛失・その他()		
申請書を 提出した者	氏名		本人と の関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療機関職員() <input type="checkbox"/> その他()
	住所	電話 ()		

- 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すること。
- 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、速やかに市長に返還すること。

堺市使用欄

個人番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票の写し等	担当者	<input type="checkbox"/> 郵送
	<input type="checkbox"/> その他()				
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 障害者手帳		
	<input type="checkbox"/> その他()				

受付印	受理印	備考