第11号様式（第7条関係）

市町受付年月日	

自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書

令和　　年　　月　　日

香川県知事　　殿

申請者　氏　名

自立支援医療受給者証を（破った、汚した、失った）ので、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の再交付の申請をします。

自立支援医療費受給者番号				
自立支援医療受給者証の有効期間		令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで		
受診者	氏名		生年月日	年　月　日
	住所		電話番号	
	個人番号			
保護者（受診者が18歳未満の場合に記載してください。）	氏名		続柄	
	住所		電話番号	
	個人番号			
再交付を申請する理由		該当するものに○をつけてください。 1　紛失 2　破損 3　汚損 4　その他（　　）		

注　自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合にあっては、当該自立支援医療受給者証を添付してください。