

【記入例】

様式第53号

「精神通院」を○で囲んでください。

自立支援医療受給者証再交付申請書(育成医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院)				
(あて先) 千葉市長			令和7年 11月 1日	
下のおり自立支援医療受給者証の再交付を申請します。				
氏名 千葉太郎			生年月日 平成11年 11月 11日	
〒 123456789123				
住所 千葉市中央区千葉港〇-〇				
名・部屋番号等 〇〇ハイツ303				
(携帯電話など平日、日中の連絡先)				
電話番号 090 - 1234 - 567X		電子メールアドレス abcdefg@hijk.co.jp		
受診者が18歳未満の場合の申請者	氏名		受診者から見て()	
	個人番号		続柄	
	居住地			
	建物名等			
(携帯電話など平日、日中の連絡先)				
電子メールアドレス		@		
申請の理由 紛失 汚損 ・ その他()				
申請者と同一の場合は、以下記入不要				
提出者	氏名		受診者から見て()	
	続柄			
	連絡先			
電話番号				
電子メールアドレス		@		
備考				

申請書類に不備や不足がある場合、連絡させていただきますので、電話番号欄には、日中つながる電話番号を必ずご記入ください。

通知書は、この欄（受診者）の住所へ送付します。異なる住所への送付を希望する場合は、それが分かるよう送付先の住所と宛名を申請書の余白やメモなどにご記入ください。

受診者本人が18歳未満の場合のみ、申請者（保護者等）の情報を記入してください（申請書類に不備や不足がある場合、連絡させていただきますので、電話番号欄には、日中つながる電話番号を必ずご記入ください。）

該当する理由を○で囲んでください。

届出書提出者が、上記申請者と異なる場合のみ記入してください。（申請書類に不備や不足がある場合、連絡させていただきますので、電話番号欄には、日中つながる電話番号を必ずご記入ください。また、届出書提出者へ通知の送付を希望する場合は備考欄にその旨記載してください。）