様式10

自立支援医療（ 精神通院医療 ）受給者証再交付申請書

申請日　　年　　月　　日

神戸市長 宛

私は、次のとおり、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">受診者</td><td>フリガナ</td><td></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>大正
昭和
平成
令和　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2">〒　　－
電話（　　）　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="3">保護者（受診者が18歳未満の場合のみ記入）</td><td>フリガナ</td><td></td><td>受診者との関係（続柄）</td></tr>
<tr><td>氏 名</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>住 所</td><td colspan="2">電話（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>自立支援医療費受給者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>支給認定の有効期間</td><td colspan="3">年　月　日　から　　年　月　日　まで</td></tr>
<tr><td>再交付申請する理由 ※1</td><td colspan="3">1. 破損または汚損したため ※2
2. 紛失したため
3. その他（　　）</td></tr>
<tr><td>備　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

※1 あてはまる番号を○で囲んでください。3. を選んだ場合は( )内にその内容を詳しく記入してください。

※2 破損または汚損した自立支援医療受給者証を添付してください。