

記入例

式 (第四条)

①県提出用

自立支援医療受給者証（精神通院）再交付申請書

令和〇年〇月〇日

千葉県知事様

申請者氏名

松戸 太郎

(印)

受給者が18歳未満の場合は
保護者氏名を記入下さい。

該当する区分に〇を
記入下さい。

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（汚れ・破れ・失ったこと）による再交付を申請します。

自立支援医療受給者証 の受給者番号	1 2 3 4 5 6 7				
受診者の氏名	松戸 太郎	生年月日	大・昭 平成19年1月1日	性別	男・女
住所	松戸市 根本387-5 松戸市役所新館3階				
個人番号					
のみ記入する こと 受給者が18歳未満の場合	保護者の氏名	受診者との続柄			
	保護者の住所	受給者が18歳未満の場合は、こちらの欄			
	保護者の連絡先				
	保護者の 個人番号	にも記入をお願いします。			
備考					

注

- 「（汚れ・破れ・失ったこと）」は、該当するものを〇で囲むこと。
- 紛失により再交付を受けた後、失った自立支援医療受給者証を発見した場合は、速やかに返還すること。
- 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。

市町村受理印