

## 自立支援医療受給者証(精神通院)再交付申請書

年 月 日

千葉県知事 様

申請者氏名

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											
受 診 者 の 氏 名		<div>生年月日</div> <div>大 ・ 昭</div> <div>平 ・ 令</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div>									
住 所		松戸市									
個 人 番 号											
の 受 診 者 が 18 歳 未 満 の 場 合 に お き ま す	保 護 者 の 氏 名	<div>受診者との続柄</div>									
	保 護 者 の 住 所										
	保 護 者 の 連 絡 先										
	保 護 者 の 個 人 番 号										
備 考		TEL:									

### 注

- 1 「(汚れ・破れ・失ったこと)」は、該当するものを○で囲むこと。
- 2 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。

市町村受理印