

自立支援医療費受給者証（再発行・返納）届（精神通院）

受診者に関する事項

フリガナ		住所		電話番号	
氏名				生年月日	年 月 日 歳

保護者に関する事項(受診者が18歳未満の場合に記載してください。)

フリガナ		住所		続柄	
氏名					

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

再発行に関する事項

事由	1 紛失	2 汚損	3 その他( )
----	------	------	----------

返納に関する事項

事由	1 通院を終了	2 死亡	3 その他( )
----	---------	------	----------

私は、上記のとおり自立支援医療受給者証の再発行を申請  
返納の届出を します。

届出者氏名

--

印

(自らの署名でない場合は、押印が必要です。)

(届出者は、受診者が18歳未満の場合は保護者、それ以外は受診者です。)

平成 年 月 日 (あて先) 宮城県知事