

様式第7号

自立支援医療費受給者証（再交付・返還）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()
----	------	------	----------

※ 返還に関する事項

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
返還の届出を
します。

届出者氏名

--

(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。)

年 月 日 (あて先) 宮城県知事