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		生年月日	年　月　日　歳
氏　　名					

個人番号													電話番号	

※ 個人番号は再交付申請時のみ記載。

※ 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					

個人番号													電話番号	

※ 個人番号は再交付申請時のみ記載。

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