

別記様式第5号(第5条関係)

自立支援医療受給者証再交付申請書(精神通院医療)					
受 診 者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏 名		男・女	年 月 日	
	フリガナ				
	住 所				
	個 人 番 号				
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)		フリガナ		続柄	
		氏 名			
		フリガナ			
		住 所			
		個 人 番 号			
申請の理由		失ってしまったため 破り、又は汚してしまったため その他()			
備 考					
私は、上記のとおり、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。					
届出者氏名		印			
年 月 日		栃木県知事 様			

※ 自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合の再交付申請については、その自立支援医療受給者証を添付すること。