

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	ふりがな		生年月日	
	氏 名		年 月 日	
	ふりがな			
	住 所	〒	電話 ( )	
	個 人 番 号			
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合記入)		ふりがな	続 柄	
		氏 名		
		ふりがな		
		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。  <div style="text-align: center;">届出者氏名</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">年 月 日</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">栃木県知事 様</div>				

※ 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。