

※市町村名
※受理年月日 年 月 日

※市町村記入

自立支援医療受給者証(精神通院) 再交付申請書

年 月 日

宮崎県知事 殿

申請者

受診者氏名 印

保護者氏名

(保護者氏名は18歳未満のみ記入)

住 所

生年月日

受給者番号

(氏名は自署又は記名押印)

私は、自立支援医療受給者証（精神通院）を紛失しましたので、再交付を申請します。

なお、紛失した受給者証を発見した場合には、速やかに返還します。