

記載例

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	タカシヨウ タロウ	住所	多賀城市中央二丁目1番1号	電話番号	090 - 0000 - 0000
氏名	多賀城 太郎			生年月日	S60 年 4 月 1日 40 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	1	2	3	4	5	6	7
-------	---	---	---	---	---	---	---

※ 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 多賀城 太郎

(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。)

令和● 年 ●月 ●日 (あて先) 宮城県知事