

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 | 電話番号 | |
| 氏名 | | | 生年月日 | 年 月 日 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 | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|

※ 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