

第7号様式(第6条関係)

医療受給者証(精神通院医療)再交付申請書

受 診 者	氏名		男・女	生年	年	月	日
	住所						
	電話番号						
個人番号							
保 護 者	氏名		受診者との続柄				
	住所						
	電話番号						
個人番号							
再交付申請 の理由	1 紛失                      2 破損                      3 汚損 4 その他(                      )						
上記のとおり医療受給者証(精神通院医療)の再交付を受けたいので、障害者自立支援法 施行令第33条第1項の規定により、申請します。  年    月    日  <div style="text-align: right;">                     住    所                      申請者 氏    名                      ①                      電話番号                 </div> 新潟県知事                      様							

注 再交付申請の理由が破損又は汚損の場合は、医療受給者証を添付してください。