

別紙様式第7号

自立支援医療（精神通院）受給者証再交付申請書

佐賀県知事 様

令和 年 月 日

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第52条に基づく自立支援医療受給者証について、[① 汚損、② 紛失] したため再交付していただくよう申請します。

|          |                            |   |          |       |
|----------|----------------------------|---|----------|-------|
| 受診者      | 氏名                         |   | 生年<br>月日 | 年 月 日 |
|          | 住所                         | 〒 |          |       |
| 台帳番号     |                            |   | 受給者番号    |       |
| 指定医療機関名  |                            |   |          |       |
| 受給者証有効期間 | 令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで |   |          |       |

申請者

住所

氏名

印