

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		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 住 所 申請者 氏 名 電話番号 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。