第四号様式（第四条）　　①県提出用

自立支援医療受給者証（精神通院）再交付申請書

令和　　年　　月　　日

千葉県知事 様

申請者氏名　　㊞

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施行令第３３条第１項の規定により、自立支援医療受給者証の（汚れ・破れ・失ったこと）による再交付を申請します。

自立支援医療受給者証の受給者番号																
受診者の氏名								生年月日	大・昭・平　年　月　日					性別	男・女	
住所																
個人番号																
受診者が18歳未満の場合のみ記入すること	保護者の氏名											受診者との続柄				
	保護者の住所															
	保護者の連絡先															
	保護者の個人番号															
備考																

注

1　「（汚れ・破れ・失ったこと）」は、該当するものを○で囲むこと。

2　紛失により再交付を受けた後、失った自立支援医療受給者証を発見した場合は、速やかに返還すること。

3　申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。

市町村受理印

2810