別記様式第5号(第5条関係)

自立支援医療受給者証再交付申請書(精神通院医療)

受診者	ふりがな		生年月日
	氏　　名		年　　月　　日
	ふりがな		
	住　　所		
	個　人　番　号		

保　護　者 (受診者が18歳未満の場合記入)	ふりがな		続　　柄
	氏　　名		
	ふりがな		
	住　　所		
	個人番号		

申請の理由 ※　該当するものに○をする。また、「その他」に○をした場合は、(　)内に具体的な理由を記載する。	失ってしまったため 破り、又は汚してしまったため その他(　　)
備　考	

私は、上記のとおり、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

届出者氏名

年　　月　　日

栃木県知事　　様

※自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合の再交付申請については、その自立支援医療受給者証を添付すること。