

自立支援医療受給者証（精神通院）・負担上限額管理票 再交付申請書

平成 年 月 日

宮崎県知事 殿

申請者

氏 名 印

住 所

生年月日

受給者番号

(氏名は自署又は記名押印)

私は、障害者自立支援法第58条に基づく自立支援医療受給者証（精神通院）等を紛失しましたので、再交付を申請します。

なお、紛失した受給者証等を発見した場合には、速やかに返還します。

※再交付を希望する番号に、○印を付けて下さい（必須）。

- 1 自立支援医療受給者証（精神通院）のみ
- 2 負担上限額管理票のみ
- 3 自立支援医療受給者証（精神通院）及び負担上限額管理票