※市町村名	
※受理年月日	年　　月　　日

※市町村記入

自立支援医療受給者証(精神通院)　再交付申請書

年　　月　　日

宮崎県知事　殿

申請者

受診者氏名　　印
保護者氏名
(保護者氏名は 18 歳未満のみ記入)
住　　所
生年月日
受給者番号
(氏名は自署又は記名押印)

私は、自立支援医療受給者証（精神通院）を紛失しましたので、再交付を申請します。

なお、紛失した受給者証を発見した場合には、速やかに返還します。