

(様式第10号)

自立支援医療受給者証(再発行・返納)届(精神通院)

フリガナ		住所	電話 ()	生年月日	年 月 日 歳
受診者					
個人番号					

※ 保護者に関する事項(受診者が18歳未満の場合に記載してください。)

フリガナ		住所	電話 ()	続柄	区役所・総合支所 受付印
氏名					
個人番号					

※ 代筆者に関する事項(受診者または上記保護者以外の方が記載した場合に記載してください。)

フリガナ		住所	電話 ()	続柄
氏名				

※ 再発行に関する事項

事由	1 紛失	2 汚損	3 その他()
----	------	------	----------

※ 返納に関する事項

事由	1 通院を終了	2 死亡	3 その他()
----	---------	------	----------

再発行を申請

私は、上記のとおり自立支援医療受給者証の

をします。

返納の届出

年 月 日 (あて先) 仙台市長

届出者氏名

--