別紙様式第７号

自立支援医療（精神通院）受給者証再交付申請書

　　　佐賀県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　私は、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第５２条に基づく自立支援医療受給者証について、［ ① 汚損、② 紛失］　したため再交付していただくよう申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | 氏名 |  | | 生年  月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒 | | | |
| 台帳番号 | |  | 受給者番号 | |  |
| 指定医療  機関名 | |  | | | |
| 受給者証  有効期間 | | 令和　　年　　月　　日　から  令和　　年　　月　　日　まで | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印