第27号様式

医療受給者証(精神通院医療)再交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="3">受診者</td><td>氏　　名</td><td colspan="4"></td><td>生年月日</td><td colspan="6">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="11">電話番号</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">保護者</td><td>氏　　名</td><td colspan="4"></td><td>受診者との続柄</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="11">電話番号</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付申請の理由</td><td colspan="11">1　紛失　　2　破損　　3　汚損
4　その他(　　)</td></tr>
</table>

上記のとおり医療受給者証(精神通院医療)の再交付を受けたいので、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施行令第33条第1項の規定により、申請します。

年　　月　　日

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号

新潟県知事　　様

注　再交付申請の理由が破損又は汚損の場合は、医療受給者証を添付してください。