

自立支援医療受給者証再交付申請書（精神通院医療）

年 月 日

長野県知事 殿

申請者氏名

障害者総合支援法第54条の規定による自立支援医療受給者証について、下記のとおり再交付を申請します。

障害者・児	ふりがな		年齢	歳	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和													
	受診者氏名					年	月	日											
	ふりがな					電話番号													
受診者住所																			
個人番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																		
受診者が18歳未満の場合	ふりがな					受診者との関係													
	保護者氏名																		
	ふりがな					電話番号													
保護者住所 ※1																			
個人番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																		
申請の理由	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">破り</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">汚れ</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">紛失</td> </tr> </table>									破り	汚れ	紛失							
破り	汚れ	紛失																	
	※2																		

(添付書類) 申請の理由が「破り」、「汚れ」の場合は、当該医療受給者証を添付してください。

※1 受診者本人と異なる場合に記入してください。

※2 いずれかに○をしてください。

自治体記入欄

は市町村で記入

所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	該当	非該当
受給者番号		自己負担上限額	円	有効期間	年 月 日～	年 月 日
被保険者証の記号及び番号			保険者名			
指定医療機関	病院・診療所					
	薬局					
	訪問看護事業者					