

自立支援医療受給者証再交付申請書（精神通院医療）

令和 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	年	月	日												
	受診者氏名																									
	ふりがな							電話番号																		
受診者住所																										
個人番号	<table border="1"> <tr> <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></td><td></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"> <tr> <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></td><td></td> </tr> </table>																									
申請の理由	<p>破り 汚れ 紛失</p> <p>※2</p>																									

(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
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						