

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	こもれば たろう										年齢	〇 歳	生年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和	〇 年 〇 月 〇 日
	受診者氏名	木もれ陽 太郎														
	ふりがな											電話番号	日中つながる電話番号			
	受診者住所	軽井沢町大字長倉4844番地1（木もれ陽の里内）														
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2				
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																
申請の理由	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。 ※コピーでかまいません。

※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				