

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	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									
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 破り 汚れ 紛失 </div> <p style="text-align: center;">※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 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					