

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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																								
申請の理由	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 1.2em;"> 破り 汚れ 紛失 </div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">※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
被保険者証の記号及び番号	保険者名		年 月 日～ 年 月 日
指定医療機関	病院・診療所		
	薬局		
	訪問看護事業者		