

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 | 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 | | | | | |