

自立支援医療受給者証再交付申請書（精神通院医療）

長野県知事

殿

年 月 日

申請者氏名

印

障害者自立支援法第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		性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日					
	受診者氏名						明治 大正 昭和 平成	年	月	日		
受診者が18歳未満の場合	ふりがな		電話番号	受診者との関係								
	受診者住所											
申請の理由	ふりがな		電話番号 ※1	紛失 ※2								
	保護者氏名											
	ふりがな			破り			汚れ					
	保護者住所 ※1											

(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			