

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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></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: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 30px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>																								
申請の理由	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">破り</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">汚れ</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">紛失</td> </tr> </table>												破り	汚れ	紛失										
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						