

自立支援医療受給者証（精神通院）再発行申請書

長崎県知事 様

平成 年 月 日

私は、障害者自立支援法第 58 条第 1 項の規定による自立支援医療受給者証を
[①汚れ、②破り、③紛失] したため再発行の申請をします。

自立支援医療 費受給者番号		受給者証 有効期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
------------------	--	--------------	--------------------------

申請者（受診者） 氏 名[㊟]
性 別（ 男 ・ 女 ）.....
生年月日大・昭・平 年 月 日.....
個人番号
住 所
電話番号（ ）.....

保護者（受診者が 18 才未満の場合記入）

氏 名[㊟]
個人番号
住 所※2
電話番号（ ）.....※2

- ※ 1 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。
- ※ 2 保護者の住所・電話番号は受診者と異なる場合記入すること。

市町受理印