

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

令和 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・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日
------------------	--	--------------	--

申請者（受診者） 氏 名
生年月日 大・昭・平・令 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 ※1
電話番号 （ ）.....※1

※1 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