

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