自立支援医療受給者証再交付申請書（精神通院医療）

令和　　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 受診者氏名														年齢	歳	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日				
	ふりがな 受診者住所																電話番号								
	個人番号																								
受診者が18歳未満の場合	ふりがな 保護者氏名																受診者との関係								
	ふりがな 保護者住所 ※1																電話番号								
	個人番号																								
申請の理由	※2	破り								汚れ								紛失							

（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　いずれかに〇をしてください。

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																								