

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 太・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^{※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事。
※ 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