

(別紙)

障害者自立支援医療費受給者証(精神通院)再交付申請書

熊本県知事 様

市町村受付年月日

※ (印又は記入)

年 月 日

私は、障害者自立支援法第52条に基づく自立支援医療費受給者証について、次の事項(○印)を理由とする再交付の申請をします。

申請理由

[1 汚れ 2 破り 3 紛失 4 その他 ()]

障 害 者 ・ 児	受給者氏名	印	性 別	男・女	生年月日	年 月 日
	受給者住所				電話番号	
	自立支援医療費受給者証番号					
未 結 済 の 児 が 合 18 歳	保護者氏名	印	障害児との続柄			
	保護者住所				電話番号	

注1 受給者証の汚れ、破りの場合は、当該受給者証を添付してください。

2 受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかにこれを市町村に返還してください。

3 受診者、保護者欄の氏名を自書する場合は、押印は不要です。

4 ※の欄は、記入しないでください。