受付年月日
※（印又は記入） 平成　年　月　日

障害者自立支援医療費受給者証（精神通院）再交付申請書

熊本市長　様

障害者総合支援法施行令第３３条第１項及び障害者総合支援法施行規則第４８条第１項の規定により、次のとおり受給者証の再交付申請をします。

申請理由

［　１　汚損　　２　破損　　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	熊本市　　区						電話番号					
	受給者個人番号												
	自立支援医療費受給者証番号												
未障害の児場が合18歳	保護者氏名	印				障害児との続柄							
	保護者住所						電話番号						
	保護者個人番号												

注１　受給者証の汚損、破損の場合は、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、速やかにこれを市長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。