|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 受付年月日 |
| ※（印又は記入）  　年　月　日 |

　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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 未障満害の児場が合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。