|  |  |
| --- | --- |
|  　　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）令和　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 | 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。