

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。