

自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書

障害者・児	フリガナ											生年月日	年齢
	受診者氏名											年 月 日	歳
	受診者住所	〒										電話	
	個人番号※1												
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合) ※2	氏 名						受診者との 関 係						
	住 所	〒										電話	
	個人番号												
自立支援医療費受給者番号													
受給者証の有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで											
再 交 付 申 請 理 由		1 破損した 2 汚した 3 紛失した											
備 考													
障害者総合支援法施行令第33条第1項の規定に基づき、自立支援医療受給者証（精神通院医療）の再交付について、上記のとおり申請します。													
年 月 日 申請者氏名 _____ 群馬県知事 あて											收受印 _____		

※1 本人が再交付申請をする際に、次の(1)又は(2)の書類を掲示することにより、本人確認を行った場合には、個人番号の記載を省略することができます。  
 (1) 以下の書類のうち1つ以上

- ア 個人番号カード、運転免許証、運転経歴証明書、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード又は特別永住者証明書
  - イ 官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類であって、写真の表示等の措置が施され、群馬県知事が適当と認めるもの
- (2) 以下の書類のうち2つ以上
- ア 医療保険被保険者証等、介護保険被保険者証、国民年金手帳、児童扶養手当証書又は特別児童扶養手当証書
  - イ 官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類であって、群馬県知事が適当と認めるもの
- ※2 申請を障害児の保護者が行う場合、保護者について上記の書類を掲示し本人確認を行った場合には、保護者及び障害児両方の個人番号の記載を省略することができます。