紛失届け及び再交付願い

鹿児島県精神保健福祉センター所長 殿

私は，不注意により自立支援医療費（精神通院）受給者証を紛失してしまいました。

　つきましては，自立支援医療費（精神通院）受給者証を再交付してくださるようお願い申しあ　げます。

令和　　年　　月 　 日

　　　　　　 氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(自署又は記名押印)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 保険の種類 | |  | | |
| 指  定  医  療  機  関 | 病院・診療所  名　　　称 |  | 所在地 |  |
| 薬局名称 |  | 所在地 |  |
| 訪問看護ステーション |  | 所在地 |  |
| 有 効 期 間 | | 令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで | | |
| 受給者番号 | |  | | |
| 受給者の住所 | |  | | |
|
| 受給者の氏名 | |  | | |
| 生 年 月 日 | |  | | |
| 重度かつ継続 | | 該　当　　・　　非　該　当 | | |
| 自己負担上限額 | | 月額　　　　　　　　　　円 | | |