

第 4 号様式（第 7 条、第 1 1 条関係）

個人番号				受給者番号						
精神障害者医療費受給者証再交付申請書 精神障害者医療費受給資格等変更・喪失届										
蒲郡市長殿				年 月 日						
住所										
受給者 (家族等)氏名										
受給者との続柄 ()										
電話 ()										
次のとおり〔再交付の申請 変更・喪失の届出〕をします。										
変 更 後				変 更 前				事 由		
受給者	住 所							<変 更> ☐ 住 所 ☐ 保 険 ☐ 氏 名 ☐ 等 級 ☐ 医療機関 変更年月日 (. .)		
	氏 名									
	生年月日	年 月 日								
保険の加入状況	被保険者	住 所	☐ 受給者に同じ			☐ 受給者に同じ			<喪 失> ☐ 転 出 ☐ 死亡 ☐ 生保等開始 ☐ 後期高齢者医療該当 ☐ そ の 他 () 事由発生年月日 (. .) 受給者証回収 (. .)	
		氏 名	受給者との続柄()			受給者との続柄()				
		生 年 月 日	年 月 日			年 月 日				
	記号・番号	記号	番号	枝番	記号	番号	枝番			
	保 険 者 の 名 称									
	保 険 者 の 住 所									
指定自立支援医療機関										
障害区分	1 自立支援医療受給者証 受給者証番号()							<再 交 付> ☐ 紛 失 ☐ 汚損(破損) ☐ 盗 難 状況[] 再交付年月日 (. .)		
	有効期間 年 月 日～ 年 月 日									
	2 手帳(1 ・ 2)級 手帳番号()									
	交付年月日 年 月 日									
		有効期間 年 月 日～ 年 月 日								
備考										