

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下さるようお願い申し上げます。

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		