第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

自立支援医療受給者証（更生医療）の更新について（お知らせ）

市 町 村 長 印

**固定文言１**

下記のとおり受給者証の有効期間が満了となります。

つきましては、認定の更新（再認定）が必要となりますので、この通知が届いた日から有効期間が満了になるまでに更新の手続きをしてください。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | 氏　名 |  | 生年月日 |  |
| 住　所 |  | | |
| 受給者番号 | |  | | |
| 受給者証有効期間 | | から　　　　　　　　　　　　　まで | | |
| **固定文言２**  備考 | | **固定文言３＋編集１** | | |
| **固定文言４＋編集２**  （必要な書類）  　1．自立支援医療（更生医療）支給認定申請書  2．自立支援医療（更生医療）意見書  3．加入医療保険を確認できる書類  4．所得の状況を確認できる書類  5．個人番号確認書類  6．自立支援医療受給者証（更生医療） | | | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |