第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

障害者手帳及び自立支援医療受給者証（精神通院）更新のお知らせ

都道府県知事・市（町村）長　印

**固定文言１**

このことにつきまして、下記のとおり障害者手帳及び自立支援医療受給者証（精神通院）の更新の時期が近づいております。

つきましては、必要書類を確認のうえ、更新の手続きを行ってください。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住所 |  | | |
| 障害者手帳  有効期限 |  | 障害者手帳  番号 |  |
| 自立支援医療（精神通院）  有効期間 |  | 自立支援医療（精神通院）  受給者番号 |  |
| **固定文言２**  備　　　考 | **固定文言３＋編集１** | | |

**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 |