

第1号様式

決 裁	課 長	課 長 補 佐	係 長	係	受 付	年 月 日
					受給者証番号	
					助成開始	年 月 日

精神障害者医療費受給者証申請書							
医 療 を 受 け る 人 (受 療 者)	(ふりがな) 氏 名	-----	生 年 月 日	年 月 日			
	住 所	〒 見 附 市 町 丁目		番地 番 号	号		
	加 入 保 険	被保険者氏名				付加給与の状況	
		記号・番号				有 ・ 無	
保 険 者					保 険 負 担 割 合		
所 在 地					割		
受 給 者	(ふりがな) 氏 名	-----	生 年 月 日	年 月 日			
	住 所	見 附 市 町 丁目		番地 番 号	号		
	受療者との関係						
入院又は治療開始年月日		年 月 日	医 療 機 関 名				
<p>上記のとおり申請します また、この申請に関し、私、並びに私の配偶者・扶養義務者の住民基本台帳について必要な調査をされることに同意します。 年 月 日</p> <p>申請者 住 所 見附市 町 丁目 番地 番 号</p> <p>保護義務者 又は世帯主 氏 名</p> <p>(あて先) 見 附 市 長</p>							

※添付書類 ・ 医師の診断書・保険証の写し・口座振替依頼書

署名をもって記名押印に代えることができる。