

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 号 電話 —					
	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 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			
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 申 請 者 （あて先） 見 附 市 長 住 所 見附市 町 丁目 保護義務者 又は世帯主 氏 名 番地 番 号								

※添付書類 ・ 医師の診断書・加入医療保険資格情報が分かる書類の写し