

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	
	住 所	〒 見 附 市 町 丁目 電話 ー ー		
	加 被 入 記 方・番 方	精神科入院している方		
	保 険 者	付加給与の状況 有 ・ 無		
	所 在 地	保 険 負 担 割 合 割		
受 給 者	(ふりがな) 氏 名	-----	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	口座名義の方 振込先の口座は、健康保険の扶養者または世帯主、保護義務者等となります。		
	受療者との関係	番地 丁目 番 号		
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
調査をされることに同意します。
年 月 日

申請に来られた方。
郵送物の宛名となります。

申請者 住 所 見附市 町 丁目 番地 番 号
保護義務者
又は世帯主 氏 名
(あて先)
見 附 市 長

※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