

様式第1号(第2条関係)

決 裁	課長	課長 補佐	係長	係員	担当者	受付	年 月 日
						受給者証番号	— 号
						助成開始	年 月 日

精神障がい者医療費受給者証交付(新規・更新)申請書								
障 が い 者	(ふりがな)				生 年 日	( 歳)		
	氏 名				生 年 日	( 歳)		
	住 所		〒 十日町市 ( ) 電話 —			性 別	男・女	
	加 入 保 険	被保険者氏名		別添のとおり			付加給付の状況	
記号・番号					有・無			
政・組・船・共・国保(一般・退職)					保険負担割合			
保 険 者					割			
所 在 地								
受 給 者	(ふりがな)				生 年 日	年 月 日 ( 歳)		
	氏 名				生 年 日	年 月 日 ( 歳)		
	住 所		十日町市			性 別	男・女	
	障がい者との続柄							
振込先		銀行・農協			支店			
普通 口座番号					名義			
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。 年 月 日								
申請者 住所		十日町市						
氏 名					Ⓜ			
十日町市長 様								

※添付書類 医師の診断書か精神障がい者保健福祉手帳または自立支援医療受給者証  
健康保険証(本人のもの) 振込先金融機関がわかるもの