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

精神障害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) 氏　名		生年月日	年　月　日 (　歳)		
	住　所	十日町市 電話　(　)			性別	男・女
	以下に該当する場合はチェックを入れてください。 ☐ 後期高齢者医療保険の被保険者である。 ☐ 生活保護の被保護者である。					
受給者	(ふりがな) 氏　名		生年月日	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　医師の診断書または精神障害者保健福祉手帳もしくは自立支援医療受給者証

振込先金融機関がわかるもの