

# 精神障害者医療費受給者認定書交付申請書

安 城 市 長

注意 1 太枠の中のみ記入してください。  
2 □のところは、該当するものに✓印を付けてください。

申請日 令和○年 △月 ×日

申請者	住所	安城市桜町18番23号					
	氏名	安城 太郎	電話	0566-71-2232			
受給者	フリガナ						
	氏名	安城 太郎					
医療保険の加入状況	生年月日	昭和50年1月1日					
	記号・番号	例1) 記号1234 番号5678 枝番01 (社会保険の場合) 例2) 98765432 (国民健康保険の場合)					
被保険者	名称	例1) 安城健康保険組合 (社会保険の場合) 例2) 安城市 (国民健康保険の場合)	保険者コード	12345678			
	所在地						
被保険者	住所	✓申請者に同じ					
	氏名	✓申請者に同じ					
受給者証等	認定書有効期間	年	月	日から	年	月	日まで
	手帳	交付日	年	月	日	等級	級
		有効期限	年	月	日		

添付書類 1. 精神科医師による診断書又は精神障害者保健福祉手帳  
2. 通院による医療を受ける場合は、自立支援医療受給者証

私は、安城市長に医療受給権等審査資料としての所得状況届出書に代え、私とその家族の市税に関する賦課徴収資料の閲覧を承諾します。

令和○年 △月 ×日

申請者 住所 安城市桜町18番23号

氏名 安城 太郎

町世帯コード	認定書番号	整理番号	性別
			男 ・ 女