

# 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 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

|           |       |      |                                 |   |     |                |     |     |  |  |  |   |
|-----------|-------|------|---------------------------------|---|-----|----------------|-----|-----|--|--|--|---|
| 申請者       | 住 所   |      |                                 |   |     |                |     |     |  |  |  |   |
|           | 氏 名   |      |                                 |   |     |                | 電 話 |     |  |  |  |   |
| 受給者       | フリガナ  |      |                                 |   |     |                |     |     |  |  |  |   |
|           | 氏 名   |      |                                 |   |     |                |     |     |  |  |  |   |
| 医療保険の加入状況 | 記号・番号 |      |                                 |   |     |                |     |     |  |  |  |   |
|           | 保険者   | 名 称  |                                 |   |     | 保 険 者<br>コ ー ド |     |     |  |  |  |   |
| 加入状況      | 被保険者  | 住 所  | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ |   |     |                |     |     |  |  |  |   |
|           | 被保険者  | 氏 名  | <input type="checkbox"/> 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            |     |     |  |  |  |   |
|           |       | 有効期限 | 年                               | 月 | 日   |                |     |     |  |  |  | 級 |

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。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

|        |       |      |       |
|--------|-------|------|-------|
| 町世帯コード | 認定書番号 | 整理番号 | 性 別   |
|        |       |      | 男 ・ 女 |