

精神障害者医療費受給者証更新申請書

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											
	氏 名						電 話					
受給者	フリガナ											
	氏 名											
医療保険の加入状況	生 年 月 日											
	記号・番号											
被保険者	名 称						保 険 者 コ ー ド					
	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	受給者証	有効期間	年	月	日	から	年	月	日	日まで		
	手 帳	交付日	年	月	日	等 級						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