

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	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						
	生年月日	昭和50年1月1日						
医療保険の加入状況	記号・番号	例1) 記号 1234 番号 5678 枝番 01 (社会保険の場合) 例2) 番号 98765432 (国民健康保険の場合)						
	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	1 2 3 4 5 6 7 8			
		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