

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				保険者コード					
加入状況	所在地										
	住所	申請者に同じ									
受給者証等	被保険者	氏名	申請者に同じ								
	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							

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