

様式第1号(第2条関係)

精神障害者医療費受給資格申請書

年 月 日

(あて先) 胎内市長

届出者 住 所

氏 名

(受給者との続柄)

電話番号

次のとおり精神障害者医療費の助成を受けたく、受給資格の申請をいたします。

障 害 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
	住 所				
	加 入 医 療 保 険	保 険 種 別	国保・政管・組健・共済・船員・後期	本人・家族	
		被 保 険 者 氏 名		付 給 加 付	有・無
		記 号 番 号		保 険 負 担 割 合	割
		保 険 者 名			
所 在 地					
受 給 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
	住 所				
	障 害 者 と の 続 柄				

添付書類 医師の診断書

付加給付の内容を証明する書類 (付加給付がある場合)