

精神障がい者受給者証交付申請書

障 が い 者	氏 名						生年 月 日	年 月 日 (歳)					
	個人番号												
	住 所		燕市						性別	男・女			
	加 入 保 険	被保険者氏名						附加給付の状況					
		記号番号						有 ・ 無					
		保険者						保険負担割合					
		所在地						割					
受 給 者	氏 名						生年 月 日	年 月 日 (歳)					
	住 所								性別	男・女			
	電話番号						障がい者との続柄						
振込先金融機関		金融機関名					口座番号						
		本・支店名					(フリガナ)						
							口座名義						
精神障がい者医療費助成の申請に必要な書類「医師の診断書」につきましては、自立支援医療費支給認定申請書または精神障害者保健福祉手帳申請書に提出した診断書を調査等することに同意します。 加入医療保険資格情報について、燕市長が関係当局に報告を求めることに同意します。 年 月 日 住 所 (障がい者) 氏 名 ⑩ 生年月日 年 月 日 (注) 記名押印に代えて署名することができます。													
上記のとおり精神障がい者受給者証の交付を申請いたします。 年 月 日 住 所 (申請者) 氏 名 (続柄) 電話番号 燕市長 様													