様式第1号(第2条関係)

精神障がい者医療費受給資格認定申請書

　　年　　月　　日

　(宛先)三条市長

申請者(世帯主等)　住所

氏名

電話番号

　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療を受ける方(受療者) | ふりがな | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 加入保険 | 被保険者氏名 | 　 | 付加給付の状況 |
| 記号・番号 | 記号　　　　　　　　　　・　番号 | 有・無 |
| 保険者名・番号 | 名称　　　　　　　　　　・　番号 | 保険給付割合 |
| 所在地 | 　 | 割　 |
| 治療開始年月日等 | 　　　　年　　月　　日 | 医療機関名 | 　 |
| 世帯主等(受給者) | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | 受療者との続柄 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信金・信組・農協　　　　　　　　支店 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | 　 |
| 振込口座 | 　　受給者本人 |
| 受療者の属する世帯の世帯主等（受給者）と同一の世帯全員 | 氏名 | 個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　(注)　※添付書類　医師の診断書 | 受給者番号 | 　 |