

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	
-------	--