

第5号様式（第5条関係）

精神障害者医療費受給者証更新申請書														
年 月 日														
清須市長 様														
住所														
申請者														
氏 名														
(自署の場合、押印不要)														
電 話 ()														
次のとおり精神障害者医療費受給者証の更新を申請します。														
受給資格者	住 所							世帯主との続 柄						
	ふ り が な 氏 名					生年月日	年 月 日							
	個 人 番 号													
世帯主	ふ り が な 氏 名					生年月日	年 月 日							
	個 人 番 号													
加入医療保険	被 保 険 者	住 所												
		氏 名												
	記 号 番 号													
	保 険 者 の 名 称							附 加 給 付	有 ・ 無					
	保 険 者 の 所 在 地													
認定区分	区 分					手 帳 番 号 等			備 考					
	1 精神障害者保健福祉手帳1級 2 精神障害者保健福祉手帳2級 3 精神障害者保健福祉手帳3級													
備考														