

第3号様式（第4条関係）

※受給者番号																	
精神障害者医療費受給者証交付申請書																	
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交付を申請します。																	
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																	

※については記入の必要はありません。