

第2号様式(第3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 ( ) 印  
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	男女	生年月日	年 月 日		
ふ世帯主	ふりがな氏名	男女	生年月日	年 月 日		
保険の加入状況	被保険者	住所				
		氏名				
	被保険者証	記号	番号			
	保険者の名称				付加給付	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。