

様式第1号(第4条関係)

精神障がい者医療費助成認定(更新)申請書

受診者氏名			生年月日	年 月 日	
手帳・年金の有無	精神障害者保健福祉手帳 有 (級) ・ 無 障害年金受給 有 (級) ・ 無		受診医療機関		
受診者の加入している医療保険証の種類	国保・社保・船員・学校共・国公共・地公共・その他()				
申請者氏名			続柄	申請者の職業	
申請者住所	南魚沼市		電話	申請者勤務先	
振込金融機関		口座番号	(普)	口座名義(カタカナ)	
認定に必要な同一生計(同居)者の氏名	氏名	申請者との続柄	職業	勤務先	備考
		本人			
(添付書類) ・精神障害者保健福祉手帳の写し ・障害年金の証書等の写し ・保険証の写し					

上記のとおり、精神障がい者医療費助成の認定(更新)を申請します。

なお、認定にあたり、障害年金の等級等の社会保険事務所(年金を支給する共済組合)への照会及び税関係等の書類の閲覧(同一生計者分を含む)について同意します。

年 月 日

申請者氏名 _____

(あて先)

南魚沼市長