

様式第1号（第5条関係）

精神障害者医療認定申請書				
※受付		年 月 日	※受給資格	有・無
申請者	住所	(TEL ー)		
	氏名	男・女	年 月 日生	
	職業	障害者との続柄		
障害者	住所			
	氏名	男・女	年 月 日生	
加入医療保険	被保険者証	被保険者または組合員の氏名		附加給付
	記号			有・無
	番号			
	保険者	所在地		
名称				
支金 払融 希機 望関	名称	口座名義	口座種別	口座番号
			普・当	
<p>上記のとおり、精神障害者医療費の助成を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名</p> <p>函南町長 仁科 喜世志 様</p>				