

記載例

精神障害者医療費受給者証 **交付更新** 申請書

今日の日付を記入してください。

令和 年 月 日

原則受給者のかたの氏名で記入してください。受給対象となる方が未成年の場合は、保護者の氏名で記入してください。

尾張旭市

住所

氏名

電話番号 () -

をすること及び保険者に医療給付内容等の確認を

受給資格者	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/>			
自立支援医療受給者証記載事項	指定自立支援医療機関	病院・診療所	名称	受給者のかたの内容を記入し、住所は「申請者と同じ」にチェックを入れてください。	
		薬局	名称		
		訪問看護	名称		
		事業	名称		
公費負担	自立支援医療受給者証に記載された内容を記入してください。				
有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
重度かつ継続				自己負担限度額	円

自立支援医療受給者証 (精神通院)		手続用(2年用) 次回の申請は必ず
保険内自費番号	2 1 2 3 5 8 1 3	
自立支援医療受給者証番号	0 0 0 0 0 0 0 0	
フリガナ	フリガナ	性別
氏名	氏名	昭和○年○月○日
住所	尾張旭市 ○丁目○番地	
医療機関の指定及び備考	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	医療機関名 愛知厚生
受給者の印	印	
申請者(受給者が18歳未満の場合記入)	フリガナ	氏名
	フリガナ	氏名
月別負担上限額	月額 10,000 円	
医療機関	名称	電話番号
尾張旭市	尾張旭市こころのクリニック	0581-81-0504
尾張旭市	マウンテン薬局尾張旭店	0581-82-1011
有効期間	令和1年5月1日から 令和2年4月30日まで	
上記のとおり記載する。 令和1年5月5日		