

# 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

尾張旭市

尾張旭市

受給者の氏名で記入してください。  
受給者が未成年の場合は、保護者の氏名で記入してください。

申請者

住所  
氏名  
電話番号 ( ) -

次のとおり申請します。  
医療費受給資格の確認をするため公簿の閲覧をすること及び保険者に医療給付内容等の確認をすることに同意します。

受給資格者	受給者番号			
	フリガナ			
	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <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	
			所在地	
		薬局	名称	
			所在地	
		訪問看護事業者	名称	
			所在地	
公費負担者番号	2 1 2 3 6 0 1 3			
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	

受給者の内容を記入し、住所は「申請者に同じ」にチェックを入れてください。

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。