

精神障害者医療費受給者証 交付
更新 申請書

令和 年 月 日

尾張旭市長 殿

尾張旭市

住所

申請者

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	病院・	名称	} 別添のとおり			
		診療所	所在地				
	支援 医療	薬局	名称				
			所在地				
	機関	訪問看護	名称				
		事業者	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			
備考	受給者証有効期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで						

※交付（更新）申請の際は、被保険者証（又は組合員証）を必ず添えてください。

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	決裁 区分 丁	処 理 欄			
		○				確認	入力	受給者証	受付
	令和 年 月 日				保存 期間 5年				
	上記交付申請書のとおり認定してよろしいか。								