

## 第4号様式

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

住所

申請者  
(受給者) 氏名

電話

記入者 氏名  
(※申請者と同じ場合は不要)

続柄 ( )

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		生年 月日	昭和 年月日 平成	
	氏 名				
	個人番号				
加入医療保 険	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/>			
	被保険者氏名				
	保険者番号				
	保険者名				
自立 支援 医療 受給 者証 記載 事項	被保険者 記号・番号		取得日	平成・令和 年月日	
	指定 自立 支援 医療 機関	病院・ 診療所	名称		
		薬局	名称	別紙のとおり	
	訪問看護 事業者	名称			
公費負担者番号	21236013				
有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
重度かつ継続	該当・非該当	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				

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