

第1号様式（第3条、第6条関係）

個人番号		受給者番号	
精神障害者医療費助成(認定・更新)申請書 年 月 日 蒲 郡 市 長 殿 住所 申請者 氏名 受給(資格)者との続柄 ( ) 電話 ( ) 次のとおり精神障害者医療費助成の(認定・更新)をしてください。 なお、精神障害者医療費助成の認定又は更新に必要な関係公簿を調査すること及び医療費が高額療養費又は附加給付に該当する場合、保険者に対して保険給付の支給状況を確認すること、並びに保険者から直接高額療養費が支払われた場合、蒲郡市に当該金額を返還することに同意します。			
受給(資格)者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	ふりがな 氏 名	-----	年 月 日生
保 険 の 加 入 状 況	被 保 険 者	住 所	<input type="checkbox"/> 受給(資格)者に同じ
		氏 名	受給(資格)者との続柄( ) 年 月 日生
	記号・番号	記号	番号 枝番
保 険 者 の 称	保 険 者 番 号		
	保 険 者 の 所 住		
指定自立支援医療機関			
障 害 区 分	1 自立支援医療受給者証	受給者証番号( )	
	有効期間	年 月 日～	年 月 日
	2 手帳( 1・2 )級	手帳番号( )	
	有効期間	年 月 日～	年 月 日
備 考	取得年月日	資格取得 転入 生保等廃止	