

精神障害者医療費受給者証更新申請書

年 月 日

(宛先)愛西市長

住 所

申請者 氏 名

電 話 () ー

次のとおり精神障害者医療費受給者証を交付してください。

受給資格者	住 所						
	氏 名						
	生年月日						
加入医療保険	被 保 険 者 氏 名		続柄		住所		
	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号					附加給付等の有無	有・無
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名	<保険者番号>			所在地		
障害区分	1 精神障害 1級	4 自立支援					
	2 精神障害 2級	5 精神入院					
	3 精神障害 3級						
手帳等	記号番号						
	交付年月日				再判定日		
交付事由	1 手帳交付 2 転入 3 再判定				受給者番号		
	4 その他() (交付事由発生年月日 年 月 日)						
備考	高額療養費・高額介護合算に該当した場合には、医療費の自己負担分を支払う愛西市が受け取ることに同意します。 年 月 日 氏名						