

様式第1号(第2条関係)

決 裁						受 付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決 裁	年 月 日
受給資格の 判 定	適					否(理由)	

精神障害者医療費受給者証交付申請書							
本 人 氏 名		性 別	男・女	生年 月日		年 月 日生	
保護義務者又 は世帯主氏名		本人との 続 柄		職業			
振 込 先 金 融 機 関 名		口座番号		フリガナ			
				氏 名			
住 所							
加 入 保 険	被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日生			
	保 険 者 名		記 号 番 号				
	所 在 地						
	附 加 給 付	有 給付内容 ・ 無					
入 院 年 月 日		年 月 日	医 療 機 関 名				
<p>上記のとおり受給者証の交付を申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p> <p>阿賀町長 様</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>							