

様式第1号(第2条関係)

課長	課長補佐	係	<b>記入例</b>

精神医療費受給資格者申請書

		世帯番号		—		
受給資格者 (本人)氏名	<b>村上 太郎</b>		性別	男・女		
			生年月日	昭和 30年1月1日		
世帯主氏名	同上		受給資格者との続柄	職業	無職	
保護者氏名						
受給資格者の住所	村上市三之町1-1-1					
受給資格者の状況	病名	〇〇病				
	医療機関	村上市市民病院				
	加入保険	保険者名	村上市		記号番号	村上 0001234
		会社名				
付加給付	有・無		本人	家族		
上記のとおり申請いたします。						
令和元年 11月 1日						
申請者			住所	村上市三之町1-1-1		
(あて先)村上市長			氏名	村上 太郎 		

※ 診断書及び保険証を添付してください。