

様式第1号(第2条関係)

課長	課長補佐	係	記入例

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	村上 太郎		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	本人	無職	
保護者氏名				職業		
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	▲▲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5年 6月 1日						
			申請者 住所	村上市三之町1-1-1		
			氏名	村上 太郎		
(あて先)村上市長						

※ 診断書及び保険証を添付してください。