

様式第1号（第5条第1項）

年 月 日

四街道市長 様

住 所

申請者 氏 名

電話番号 ()

精神障害者医療費助成資格認定申請書

次のとおり精神障害者医療費助成資格の認定を受けたいので、四街道市精神障害者医療費助成要綱第5条第1項の規定により申請します。

精神障害者	住 所		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
保 護 者	住 所			
	氏 名		続 柄	
精神障害者 保健福祉手帳	手帳番号	第 号		
	交付日	年 月 日		
	障害等級	級		
	通院医療費 受給者番号	第 号		