

精神障害者通院医療費助成申請書

年 月 日

（あて先） 松江市長

申請書を提出した者

住 所

氏 名

本人との続柄

精神障害者通院医療費について助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

本人	住所	※住民登録をしている住所を記入すること。 松江市 電話（ ） —		
	氏名		生年月日	年 月 日
家族の 連絡先	住所	※本人が未成年の場合は必ず記入すること。 電話（ ） —		
	氏名		続柄	
被保険者証の記号番号			保険者番号	
受給者証	公費負担者番号			
	受給者番号			
	有効期間	自	年 月 日	～至 年 月 日