

交付番号
—

長岡市長 様

下記のとおり申請します。

申請年月日	令和 年 月 日
-------	----------

精神障害者医療費受給資格申請書					
助成対象者 (申請者)	ふりがな				昭・平・令
	氏名	生年月日			年 月 日
	住所	〒 長岡市			
	職業	勤務先	電話	()	
障害者	ふりがな				昭・平・令
	氏名	生年月日			年 月 日
	住所	〒 長岡市			申請者との続柄
障害者の保険加入	被保険者氏名				附加給付の状況
	記号・番号				有 ・ 無
	保険者				
	所在地				

*ここから下欄は記入しないでください。

決裁	課長	課長補佐	係長	係	起案	令和 年 月 日
					決裁	令和 年 月 日
				有効期間	始期	令和 年 月 日
					終期	令和 年 月 日
	受給資格要否		有 ・ 無			
他公費受給状況	県老 ・ 県障 ・ 県親 ・ 子ども			備考	70歳到達 ・ 転入 ・ 生保廃止	