

様式第 1 号（第 3 条関係）

(表)
精神障害者医療費助成受給資格認定申請書

(宛先) 旭川市長

令和 年 月 日

精神障害者医療費助成受給資格の認定を受けた ので、次のとおり申請します。	申 請 者	住 所																
		氏 名						電 話										
		対 象 者 の 関 係																
対 象 者	ふ り が な						住 所	旭川市										
	氏 名																	
	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日					市 民 と な っ た 年 月 日					年 月 日						
	医 療 保 険	被 保 険 者 名				記 号 番 号			保 険 者 名				保 種 別	協 会 組 管 船 員 共 済 国 保 国 組				
	医 療 機 関 名	機 関 称					医 療 機 関 所 在 地											
家 族 等	氏 名						住 所											
	対 象 者 と の 関 係							電 話										
※ 申請内容を審査の結果、適当と認める。（認定年月日：令和 年 月 日）																		
														課 長	係 長	主 査	係	

(注) 1 申請者は、※欄に記入しないでください。
 2 家族等の欄は、申請者及び対象者のほかに連絡先がある場合にのみ記入してください。

様式第1号

(裏)
精神障害者医療費助成記録

[illegible]