

精神障害者通院医療費受給者証交付申請書

受 診 者	フリガナ		性別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	年 月 日
	住 所	〒 ー 電話 ()		
保護者（受 診 者 が 18 歳未満の場 合）	フリガナ			続 柄
	氏 名			
	住 所	〒 ー 電話 () ※ 受診者本人と異なる場合に記入		
自立支援医療 受 給 者 番 号				※広島県知事が発行した 受給者証の受給者番号
自立支援医療 有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
私は、精神障害者通院医療費受給者証の交付を、上記のとおり申請します。 申請者氏名 _____ （受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。） 年 月 日 海 田 町 長 様				

注 1 海田町以外に住民票を置かれている申請者の方や、他の制度により医療費の自己負担のない受診者の方は申請できません。

注 2 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名により記入してください。