別記

第１号様式（第６条第１項）

精神障害者医療費助成申請書

年　　月　　日

　香取市長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　私は、医療費の助成を受けたいので、香取市精神障害者医療費助成要綱第６条第１項の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神障害者 | 氏名 | 　 | 保護者との続柄 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 精神保健福祉手帳 | 級　新規取得時の年齢　　才 | 取得要件 | 診断書年　金 |
| 診断名 |  |
| 保護者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 職業 | 　 |
| 加入社会保険の名称 | 　 | 記号番号 | 　 |
| 医療機関名 | 　 |