

本庁・行政局		
係	係長	課長

台帳入力

受付印

精神障害者医療費受給資格認定申請書

令和 年 月 日

田辺市長 宛て

私は田辺市が指定する医療機関を代理人と定め、精神障害者医療費の請求及び受領の件を委任することに同意の上、次のとおり申請します。

申請者※ <small>(受診者が18歳未満の場合は保護者)</small>	住所
	氏名 <span style="float: right;">続柄( )</span>
	TEL ( )
届出人 <small>(申請者と異なる場合は記入)</small>	住所
	氏名

受診者	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日	
	住所	田辺市			
加入医療保険	被保険者氏名		種類	政 組 日 船 共 国 後	
	保険者の名称		記号・番号		
自立支援医療認定状況	自立支援医療費受給者番号				
	自立支援医療有効期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	まで	
	自己負担上限額	月額	円		
	指定医療機関名	区分(病院・薬局・その他)	(所在地)		
		区分(病院・薬局・その他)	(所在地)		
区分(病院・薬局・その他)		(所在地)			