

記入例

様式第1号

助成金は助成対象者の口座に振り込みます。

長岡市長

様

交付番号

—

下記のとおり申請します。

申請年月日

令和6年12月2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	ながおか はなこ	生年月日	昭平・令
	氏名	長岡 花子		50年1月1日
	住所	〒 長岡市幸町2-1-1		
	電話	(35) 1122		
障害者	ふりがな	ながおか たろう	生年月日	昭平・令
	氏名	長岡 太郎		50年2月1日
	住所	〒 長岡市幸町2-1-1	あなたとの続柄	夫
	個人番号	123456789012		
障害者の保険	被保険者氏名	長岡 花子	付加給付の状況	
	記号・番号	10 234	有 ・ 無	
	保険者	全国健康保険協会 新潟支部		
	所在地	新潟市中央区東大通2丁目4-4日生不動産東大通ビル3階		

障害者本人も可能です。

助成対象者は市内に住所を有する方に限られます。
太枠内を記入してください。

*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