

精神障害者医療費給付金支給申請書

年 月 日

君津市長 様

申請者 氏 名

電話番号

精神障害者医療費給付金の支給を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請
します。

				年 月 分	
対 象 者	住 所	君津市			
	氏 名				
	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日			
保 護 者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	対象者との 続柄		
医 療 機 関	名 称				
	所 在 地				
自立支援医療費（精神通院） の公費負担利用		有 ・ 無	月 額 自 己 負 担 上 限 額	円	

受付