

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	
精神障害者	住 所	君津市		
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	保護者との続柄	
保 護 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	職 業	
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