

様式第 7 号（第 9 条関係）

袖ヶ浦市精神障害者医療費等給付申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

申請者 住所
氏名

精神障害者医療費等の給付を受けたいので、袖ヶ浦市精神障害者医療費等給付条例第 8 条第 1 項の規定により申請します。

対 象 者	住 所			
	氏 名		電 話 番 号	
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
保 護 者	住 所			
	氏 名		電 話 番 号	
	生 年 月 日	年 月 日	対象者との続柄	
医療保険の種類				
受 給 資 格 番 号				
備 考				

- 注 1 袖ヶ浦市精神障害者医療費等受給資格証の交付を受けている方のみ申請することができます。
- 2 保険医療機関等の発行する診療（調剤）報酬点数を明示した領収書を添付してください。
- 3 入院による申請で社会保険加入の方は、「袖ヶ浦市精神障害者医療費等届出書」を請求する月ごとに必ず添付してください。