

第1号様式（第6条関係）

精神障害者医療費助成金受給資格認定申請書								
家族等	フリガナ				大正・昭和・平成			
	氏名				生年月日		年 月 日	
	住所		富士宮市		電話番号			
	職業				障害者との続柄			
	振込先		金融機関名		口座番号			
支店名			口座名義					
障害者	フリガナ				大正・昭和・平成			
	氏名				生年月日		年 月 日	
	住所		富士宮市					
	加入者医療保険	政・組・船・共・国・後	記号番号			発行機関		
			資格取得	年 月 日		電話番号		
		付加給付の有無		有 ・ 無		算式 別添		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>富士宮市長 宛</p> <p style="text-align: center;">住所 富士宮市 氏名</p>								