

精神障がい者入院医療費助成受給資格者登録申請書

年 月 日 申請

釧路市長 あて

保 護 者	住 所	丁 目 番 号		
	フリガナ			
	氏 名			
	対象者から 見た続柄	1 親	2 配偶者	
		3 子()	4 その他()	
	生年月日	昭和	年	月 日
電話番号	-	-		

※太枠の中のみ記入してください。

次の者の精神障がい者入院医療費助成受給資格者登録申請を、必要書類を添えて申請します。なお、交付申請及び更新時に係る世帯員及び被保険者の所得調査、市・道民税課税台帳の閲覧行為並びに入院医療機関への入院状況等の照会に同意します。

対 象 者	住 所	<input type="checkbox"/> 保護者と同じ	釧路市	丁 目 番 号		
	フリガナ			生年 月日	昭和	年 月 日
	氏 名				平成	
	加入保険	別添健康保険証の写しのとおり				
	医 療 機 関 名			病 名		

受給者番号		
住民となった日	昭和・平成・令和	年 月 日
資格開始年月日	平成・令和	年 月 日
受給者証期限 (75歳到達前まで)	令和	年 月 日

決 課長	課長補佐	専門員	主査	担当	受付印
裁					
備考					
処理	<input type="checkbox"/> システム入力				