

# 記入例

様式第1号

長岡市長

様

助成金は助成対象者の口座に振り込みます。

交付番号
—

下記のとおり申請します。

申請年月日	令和元年5月1日
-------	----------

精神障害者医療費受給資格申請書					
助成対象者（申請者）	ふりがな	ながおか はなこ	生年月日	昭平・令	
	氏名	長岡 花子		50年1月1日	
	住所	〒 長岡市幸町2-1-1			
	職業	勤務先	電話	(35) 1122	
障害者	ふりがな	ながおか たろう	生年月日	昭平・令	
	氏名	長岡 太郎		50年2月1日	
	住所	〒 長岡市幸町2-1-1		あなたとの続柄	夫
障害者の保険	被保険者氏名	長岡 花子		付加給付の状況	
	記号・番号	10 234		有 ・ 無	
	保険者	全国健康保険協会 新潟支部			
	所在地	新潟市中央区東大通2丁目4-4日生不動産東大通ビル3階			

助成対象者は市内に住所を有する方に限られます。太枠内を記入してください。

障害者本人も可能です。

\*ここから下欄は記入しないでください。

決裁	課長	課長補佐	係長	係	起案	令和	年	月	日
					決裁				
					有効期間	始期			
						終期			
	受給資格要否		有 ・ 無						
	他公費受給状況		県老 ・ 県障 ・ 県親 ・ 子ども		備考	70歳到達 ・ 転入 ・ 生保廃止			