

受付印

受付者

確認者

様式第1号(その4)(第3条関係)

**精神障がい者医療費受給者証交付(受給資格)申請書 (新規・更新)**

豊田市長 様

受給者番号

申請者	住所 豊田市		令和 年 月 日		
	氏名		☎ 電話( )		
<p>子ども医療費、心身障がい者医療費、母子・父子家庭医療費及び精神障がい者医療費の助成の資格認定に必要な身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳又は自立支援医療受給者証の認定状況並びに所得情報及び健康保険の加入状況の公簿の閲覧に関し、同意します。</p> <p>医療費の自己負担金額(豊田市が負担した金額)が高額療養費に該当する場合は、高額療養費受領の権限を豊田市長へ委任します。</p>					
受給者	フリガナ		個人コード		
	氏名		生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		
加入保険	記号番号		被保険者名		
	保険者名		保険者番号		
受給資格要件	精神障害者福祉手帳(011) <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 (等級変更日 年 月 日)		診断書による病名(001)		
	手帳交付年月日	年 月 日	入院日	年 月 日	
	手帳有効期限	年 月 日	資格取得日	年 月 日	
	手帳交付通知日	年 月 日	自立支援医療受給者証(001)		
	資格取得日	年 月 日	自立支援医療受給者番号		
	受給者証の有効期間		有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	開始日	年 月 日			
終了日	年 月 日	旧受給者証回収日	年 月 日		
(備考)					
窓口・郵送		受給者証発行日 年 月 日			