

様式第1号の2(第3条関係)

福祉医療費(精神)受給資格認定・認定更新申請書		
年 月 日		
渋川市長 様		
住所		
申請者		
氏名		
次のとおり福祉医療費受給資格の(認定・更新)を申請します。 なお、審査の結果、受給資格が認定された場合において、渋川市が下記指定医療機関に認定された旨の通知を行うことに同意します。		
支給対象者	住 所	
	氏 名 等	年 月 日生
通院医療の 医療機関等	所 在 地	
	名 称	
	電話番号	

(渋川市記入欄)

公費負担者番号 受給資格者番号	80100084—		
受給資格認定年月日	受給資格更新年月日	受給資格消滅年月日	備 考