

様式第 1 号（第 5 条関係）

精神障害者入院医療費助成金受給者認定申請書

精神 障害 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	島田市 (電話番号 —)		
	入院年月日	年 月 日	病院名	
同 意 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	島田市 (電話番号 —)		
	障害者との続柄		勤務先	

上記のとおり精神障害者入院医療費助成金受給者の認定を受けたいので申請します。

年 月 日

氏 名

島田市長

※ 審 査 欄	審査年月日	判 定	認定番号	却 下 理 由
		認 定 却 下		

(注) ※印のある欄は、記入しないでください。