

様式第3号（第6条関係）

第 号		
㊂福祉医療費の一部負担金限度額適用認定証交付申請書		
受 給 者	公費負担医療の 受給者番号	
	氏名	
	生年月日	昭和 年 月 日
	住所	綾部市
上記のとおり、関係書類を添えて㊂福祉医療費の一部負担金限度額適用認定証の交付を申請します。		
年 月 日		
綾部市長 様 申請者 住所 綾部市 氏名		
限度額適用認定証受領年月日		年 月 日

判 定 欄		決 裁 欄	
負担区分	区分I・区分II	決 裁 日	年 月 日
限度額適用認定証有効期間			
～			