

様式第3号（第6条関係）

第 号
㊤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㊤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				
～				