

全疾病有効	愛知県内ののみ有効	SAMPLE
精 精神障害者医療費受給者証		
受給者番号		51000999
受 給 者	住 所	碧南市松本町28番地
	氏 名	碧南 太郎
	生年月日	昭和63年 1月 1日
有効期間		令和6年○○月○○日 から 令和7年○○月○○日 まで
発行機関名 及 び 印		愛知県碧南市長 印
交付年月日		令和7年 ○月 ○日