様式第４号（第10条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神科通院医療費助成申請書 | | | | | | | 医科 |
| 年　　月　　日  　　　米原市長　　様  住　　所  申請者　氏　　名  電話番号  　米原市精神障がい者精神科通院医療費助成事業実施要綱第10条の規定により、精神科通院医療費の助成を受けたいので申請します。 | | | | | | | |
| 助成申請額 | | | 金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | |
| 受療年月 | | | 年　　　月　　　日　分　(通院) | | | | |
| 受給券  助成券 | | | 助成番号　　　　　　　　受給者番号 | | | | |
| 助成対象者氏名 | | | （氏名）　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生　　　　　　歳 | | | | |
| 保険者名 | | | □国保　□後期高齢者医療　□全国健康保険協会　　　　　　支部  □（その他） | | | | |
| 摘要 | | |  | | | | |
| 振込先 | | | | | | | |
|  | 金融機関 | 銀行・金庫　　　　　　本店・支店  農協　　　　　　　　支所・出張所 | | | |  | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | |
| 口座番号 |  | | | |
| フリガナ |  | | | |
| 口座名義人 |  | | | |
|  | | | | | | | |
| (注)　１　申請者欄は、助成対象者名または保護者名を御記入ください。  　　　２　口座名義人が申請者（請求者）と異なる場合は、下記委任欄に必ず御記入ください。 | | | | 支給決定額 | ※  円 | | |

添付書類：医療に要した費用の額を証する書類　　　　※印欄は記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 委　任　欄 | 上記精神科通院医療費助成金の受領の権限を　　　　　　　　　　　　　　　に委任します。  委任者（申請者）氏名 |