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　　　　　　　　　　　　　　　 |