

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		
申請者		住 所 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 _____	