

府中町精神障害者通院医療費助成金交付申請書										
年 月 日										
府 中 町 長										
申請者 住所 _____										
(1 8 歳未満の 場合は保護者)										
氏名 _____										
次のとおり関係書類を添えて、府中町精神障害者通院医療費助成事業実施要綱の規定に基づく助成金の交付を申請します。なお、自立支援医療費の支給認定の承認に係る事項の情報について、町が調査・確認することに同意します。										
受 診 者	フリ ガナ 氏 名					生年 月 日	年 月 日			
	住 所	〒 ー 電話 ()								
保 護 者 (受診者が 18 歳未満 の場合)	フリ ガナ 氏 名					続柄				
	住 所	〒 ー 電話 ()								
自立支援医療 受給者番号										
自立支援医療 有効期間		年 月 日から 年 月 日まで								
指定自立支援医療 機関等の名称										
助成金 交 付 申 請 額	診療月	受診者負担額①		控除額②		申請額(①－②)		備考		
	年 月	円		円		円				
	年 月	円		円		円				
	年 月	円		円		円				
	年 月	円		円		円				
	年 月	円		円		円				
	年 月	円		円		円				
	合計	円		円		円				

府中町精神障害者通院医療費助成金を下記の口座に振り込んでください。 □ 前回と同じ

口 座 振 替 依 頼 書	銀行 信用金庫 信用組合				本店 支店 出張所			種 目	口座番号					
	金融機関コード				店舗コード			普通 ・ 当座						
	フリガナ													
	口座名義				(申請者の口座に限ります)									

注 この申請書には、次のものを添付すること。

(1) 自立支援医療受給者証（精神通院）

(2) 自立支援医療自己負担上限額管理票及び支払額を証する領収書