第６号様式（第９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神通院医療費助成申請書  　　年　　月　　日  （あて先）座間市長  住　所    申請者 　　　氏　名　　　　　　　　　　　㊞  電話番号  精神通院医療費の助成を申請します。 | | | | | | |
| 助成申請金額 | 円 | | | | | |
| 受療年月 | 年　　　月分 | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | 号 | | 通院医療費助成番号 | | 号 | |
| （ふりがな）  助成対象者氏名 |  | | | | | |
| 保険者名 |  | | | | | |
| 振込先  金融機関名 | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | | 支店  出張所 | | |
| フリガナ  名義人氏名 |  | | | | １普通預金  ２当座預金 |
|  | | | |
| 店番・口座番号 | ― | | | | |
| 支払決定額 | | 円 | | | | |