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　　 |