

記入例

精神通院医療費助成申請書

令和3年3月1日

(あて先) 座間市長

助成券、自立支援医療受給者証、領収書原本を持参してください。原本返却希望の場合は、領収書の写しも持参してください。

住所 座間市緑ヶ丘1-1-1

氏名 座間 太郎



電話番号 046-255-1111

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	ざま たろう 座間 太郎			
保険者名				
振込先 金融機関名	座間		市役所	
	銀行 信用金庫 信用組合 農協		支店 出張所	
	フリガナ	ザマ タロウ		① 普通預金 2 当座預金
名義人氏名	座間 太郎			
	店番・口座番号	000 - 1111111		
支払決定額				円