

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 ⑨

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 險 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	1 普通預金 2 当座預金	
	名義人氏名		
店番・口座番号	—		
支 払 決 定 額	円		