

精神障がい者通院医療費支給申請書

新座市長 宛
(障がい者福祉課)

年 月 日

下記のとおり、新座市精神障がい者通院医療費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき申請します。

申請者 をお持ちの方 自立支援医療受給者証	フリガナ		自立支援医療 受給者番号 (7桁)						
	氏名								
	生年月日		年	月	日	市役所収受欄			
	住所	新座市	丁目	番	号				
電話	()								
窓口に来た方	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> その他 氏名 _____ 続柄()								

- ※ 本申請書は、病院、薬局ごと、月ごとに各1枚必要となります。
- ※ 申請者宛に決定通知を送付いたします。
- ※ 送付先を別途指定される方は、通知等送付先届の提出をお願いします。

口座	金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	口座名義人
※初めての申請時のみ記入	銀行 信金 信組 金庫 農協	支店 本店 出張所	1 普通 2 当座		フリガナ

※ 振込口座を変更される方は、別途口座変更依頼書の提出が必要となります。

※ 医療機関記載欄(領収書を添付の場合は記載不要)

領収書(原本)添付

左端を
ホチキス
でとめて
ください
(のりは使用
しないで
ください)

領 収 書			
受診者			円
診療月	年	月	診療実日数
保険診療総点数		点	
※自立支援医療(精神通院医療)の対象分のみ記入してください。 上記のとおり領収しました。 年 月 日 医療機関等所在地 名 称 印			

障がい者福祉課 記入欄	低1・低2	中1・中2・一定以上	手帳有(年 月 日まで)・手帳無
----------------	-------	------------	-------------------