

志木市精神障がい者通院医療費支給申請書

年 月 日

志木市長 様

住所
氏名 印
電話番号

次のとおり、志木市精神障がい者通院医療費助成規則第5条の規定に基づき申請します。

受給者氏名							生年月日	年 月 日
受給者番号 (7桁)								

【振込先口座】 初回時・変更時のみ記入してください。

1 振込 金融機関名	銀行・農協 信用金庫				本店 支店
金融機関番号	店番号	普通 当座	口座番号		
名義人氏名			フリガナ		

【医療機関記入欄】 領収書の添付がある場合は、記入は不要です。

領 収 書		
受診者	¥ _____	
診療月	年 月	診療実日数 日 保険診療総点数 点
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

処理欄	支給月			
	支給額	円	所得区分	低1・低2・課税