

精神障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先)旭川市長

住 所
氏 名
申請者 受給者との関係
電 話

精神障害者医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

受給者	住 所			医療保険 記号番号			
	氏 名			生年月日	昭和 平成	年	月 日
医療 機関 関	名 称						
	所 在 地						
入 院 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						
診療等に要した費用							円
附 加 給 付 の 有 無	☐ なし ☐ あり（自己負担限度額						円）
口座 振込 依頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 本所 支所	口座 種別	1 普通 2 当座 3 その他			
			口座 番号				
	フ リ ガ ナ						
	口 座 名 義 人						
※ 請求内訳	保 険 診 療 額		本 人 負 担 額		支 給 額		
	円		円		円		
※ 備 考	10,000円× 月 = 0,000円						

(注)申請者は、※欄に記入しないでください。