

様式第1号(第6条関係)

和光市精神通院医療受給者負担医療費支給申請書

年 月 日

和光市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

下記のとおり、和光市精神通院医療受給者負担医療費助成要綱第6条の規定により申請します。

記

受給者氏名			
受給者番号			
口座	金融機関名	口座番号	預金名義人
	銀行 信用金庫		
	支店		

領 収 書					
_____ 円			受診者		
診療月	年 月	診療実日数	日	自立支援医療費総点数	点
上記のとおり領収しました。					
指定自立支援医療機関					
年 月 日					

決 裁 欄	課 長	課長補佐	統括主査	係	受 付	年 月 日
					決 定	年 月 日
	自立支援医療費支給額		他法負担額	本人支払額	附加給付額	交 付 決 定 額
	円		円	円	円	円