

様式第 2 号（第 4 条関係）

決 裁	課 長	課長補佐	リーダ－		担当	受付	令和	年	月	日
						伺	令和	年	月	日
						決定	令和	年	月	日
						支給	令和	年	月	日

精神障害者通院費助成申請書(請求書)

令和 年 月 日

美 郷 町 長 様

住所：

(請求者)

氏名：印

Tel

令和 年 月分の精神障害者通院費を助成されたく申請（請求）します。

受給資格者 氏 名		本 吉 政 博			
医 療 機 関	所 在 地	医 療 機 関 名	(A)	(B)	(A) × (B)
			通院 1 回の費用	今月の回数	助成額

※ 注意事項： 上記の太枠内（助成額の欄）は、記入しないでください。

通 院 証 明 書

1. 通院者住所：

氏 名：

2. 内 訳 通院月 月分 (日)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

上記のとおり通院したことを証明します。令和 年 月 日

病院名

医 師

印