

様式第2号（第4条関係）

決 裁	課長	課長補佐	リーダー		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)
			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