

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）

美 郷 町 長 様

令和 年 月 日

住所 ：
(請求者)
氏名 ：
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		0			
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 ： 0

氏 名 ： 0

2. 内 訊 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