

精神障害者通院費助成認定申請書

令和 年 月 日

美郷町長 様

住所
氏名 印
TEL

精神障害者通院費助成の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	(フリガナ) 氏名		男 女	生年月日			
	住 所						
医療機関名							
所在地							
交通機関利用区間		所km		同左1回片道の料金	円		
金融機関名			口座名義 口座番号				

決裁	課長	課長補佐	リーダー		担当	受付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決定	年 月 日
						通知	年 月 日
受給資格適否		住民登録 有・無					確認者
適・否		添付書類①医師の診断書 ②保健福祉手帳の写し ③通院医療費公費負担制度による公費負担を受けている旨を証明するに足りる文書の写し ④障害年金手帳の写し					
		拒否の場合 (理由)					

(注) 1 上欄の太線枠内は、記入しないでください。
2 この申請書を提出するときは、医師の診断書、保健福祉手帳又は通院医療費公費負担制度による公費負担を受けている旨を証明するに足りる文書の写し又は障害年金証書の写しのいずれかを添付してください。