

様式第5号(第10条関係)

精神科通院医療費助成申請書			
			年 月 日
栗 東 市 長 様			
申 請 者		住 所	
		氏 名	
		電 話 番 号	
<p>栗東市精神障害者精神科通院医療費助成事業実施規則第10条の規定により、精神科通院医療費の助成をされたく申請します。</p>			
助 成 申 請 額	金	円	
受 療 年 月	年 月 日 分 (通院)		
受 給 券	助成番号	受給者番号	
助成対象者氏名	生年月日 年 月 日		
保 険 者 名			
振 込 先	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 ・ その他( )
	口座番号	フリガナ 口座名義人	
摘 要			
<p>添付事項</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>(注) 1 ※印欄は、記入しないでください。</p>			
		支払決定額	※  円