

別記様式(第5条関係)

精神障害者医療給付金支給申請書

年 月 日

(宛先)白山市長

(申請者)住所：

氏名：

電話：

白山市精神障害者医療給付金支給条例第5条の規定に基づき、医療給付金の支給を受けたいので申請します。

保健福祉手帳 番号		自立支援医療費 受給者番号	
対 象 者	住 所	白山市	町 丁目 番地
	ふりがな		生年月日 年 月 日
	氏 名		
通院している 医療機関名			

※ 次の場合に記入してください。

- 1 この医療給付金を初めて受けようとするとき。
- 2 振込口座を変更するとき。

振 込 口 座	銀行	本店	口座番号
	金庫	普通	ふりがな
	農協	支店	名義人(本人又は保護者)

(注)1 申請の際には、精神障害者保健福祉手帳を提示してください。

- 2 医療機関等の医療費の支払いを証する書類(医療費明細の分かる領収書等)を添付してください。

【事務処理欄】

年 月 ～	自己負担金(申請額)	給付決定額
年 月診療分		