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  　　　　　　　　金庫  　　　　　　　　農協 | 本店  　　　　　支店 | 普通 | 口座番号  ふりがな  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　～  　　　　年　　月診療分 | 自己負担金(申請額) | 給付決定額 |
|  |  |