

番号※市記入欄

## 精神障害者通院医療費支給申請書

年 月 日

朝霞市長 宛

(申請者)  
住 所 朝霞市  
氏 名  
電話番号

次のとおり、朝霞市精神障害者通院医療費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき申請します。

**【申請者記入欄】**

対象者	フリガナ		生年月日		
	氏名			年	月
口座 ※初回 申請時 のみ記入	金融機関名		支店名	口座番号	口座名義人(カナ)
	銀行 信用金庫 農協		支店		

**【医療機関記入欄】**（領収書の添付がある場合は、記入不要）

領 収 書

診療月 年 月 受診者 様

一部負担金	円	保険診療総点数	点
-------	---	---------	---

※自立支援医療（精神通院医療）の対象分のみ記入してください。

上記のとおり領収しました。

医療機関所在地  
名称 ㊟

年 月 日

- (注) 1 申請者記入欄は、申請者が記入してください。  
 2 医療機関記入欄は、医療機関が記入してください。  
 3 振込口座に変更があった場合は、届出が必要です。  
 4 この申請書を提出するときは、自己負担上限額管理票を必ずご提示ください。

処理欄※市記入欄	国保・組合・協会・後期		歳
	該当期間①		～
	区分	低1 (2,500) ・低2 (5,000)	
	該当期間②		～
	区分	低1 (2,500) ・低2 (5,000)	
	手帳有 ( 級)	医療機関	
手帳無			

支給決定額	受 付 印
円	