

別記様式(第3条関係)

精神障害者自立支援医療(精神通院)診断書助成申請書

令和元年11月 1日

(あて先)村上市長

申請者 住所 村上市三之町1-1

氏名 村上 太郎

村上 印

村上市精神障害者自立支援医療費(精神通院医療)診断書助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請いたします。

住 所	村上市三之町1-1		
氏 名	村上 太郎		
生 年 月 日	昭和50年 1月 1日		
受 給 者 番 号		重度かつ 継続	該当 非該当
診断書領収金額 (受領書添付)	2,200 円		

※ 領収書を添付してください。

口座振込申込み

金 融 機 関 名	村上銀行 村上支店
預 金 の 種 類	普通 当座
口 座 番 号	1234567
フリガナ 口座名義人	ムラカミ タロウ 村上 太郎

※ 処理欄

認定年月日	年 月 日	助成金額	円
-------	-------	------	---

申請者と口座名義人は同一人物にしてください。