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

年　　　月　　　日

（あて先）　村上市長

（申請者署名又は記名押印）

申請者 住所 村上市

氏名

　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 |  |  | |
| 氏 名 |  |  | |
| 生 年 月 日 | 年 | 月　　　　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） |  | 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 |  | 銀行　　金庫  組合　　農協 |
| 支 店 名 |  | 本店　　支所  支店　　出張所 |
| 口 座 番 号 | 普通  当座 |  |
| フ リ ガ ナ |  |  |
| 口座名義人 |  |  |

※処理欄

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