

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 三之町 1-1

氏名 村上 太郎

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 ○○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。

領収書に記載されている
診断書料の金額

口座振込申込み

振込先の口座について

金融機関名	村上	銀行 組合	金庫 農協
支 店 名	村上	本店 支店	支所 出張所
口 座 番 号	普通 当座	1 2 3 4 5 6 7	
フリガナ	ムラカミ	タロウ	
口座名義人	村 上	太 郎	

※処理欄

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