

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4年 12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)	2,200 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

金融機関名	村上	<input checked="" type="radio"/> 銀行	金庫 組合	農協				
支店名	村上	<input type="radio"/> 本店	<input checked="" type="radio"/> 支店	支所 出張所				
口座番号	<input checked="" type="radio"/> 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						

振込先の口座について

※処理欄

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