

様式第 3 号（第 7 条関係）

精神障害者医療費助成請求書				
助成対象者 決定番号				
氏 名			生年月日	
受診期間		年 月 日 ～ 年 月 日 (ヶ月分)		
医療機関名 (薬局等を含む)				
口座	金融機関名			
	ふりがな 名 義 人		口座 番号	普通 ・ 当座
申請 金 _____ 円也 摘要 (別紙 証明書又は領収書のとおり) 年 月 日 請求者 住所 _____ 氏名 _____ (助成対象者との続柄) 益田市長 様				