

様式第1号(第5条関係)

精神障害者医療費助成申請書				
助 成 対 象 者	住 所	益田市		
	氏 名		男 ・ 女	年 月 日生
障 害 者 の 日 常 生 活 及 び 社 会 生 活 を 総 合 的 に 支 援 す る た め の 法 律 第 58 条 の 関 係	受給者番号			階 層
	助成有効期間 年 月 日～ 年 月 日			
	医 療 機 関 名 (薬局等を含む。)			
上記のとおり申請します。 年 月 日 益田市長 様 申請者 住 所 氏 名				

助成開始 年 月 日