様式第２号(第４条、第５条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神障害者通院医療費助成及び委任払い申請書 | | | | | |
| 年　　月　　日  　　次のとおり申請します。  　　安来市長　様  受給者（受診者が18歳未満の場合は保護者）  住所  氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記名押印又は署名）  電　話（　　　　）　　－  受診者との続柄  本人との続柄 | | | | | |
| 受診者  （委任者） | 住　所 | ※受給者と異なる場合に記入。  　住民登録をしている住所を記入すること。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　　　　号  安来　市　　　　　町　　　　　　　　　　　　　　番地  電話(　　　　)　　　― | | | |
| 氏  名 |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 医療機関  (被委任機関) | 受給者証 | 公費負担者番号 |  | | |
| 受給者番号 |  | | |
| 有効期間 | 自　　　年　　月　　日～至　　　　年　　月　　日 | | |
| 病院・診療所 | |  | | |
| 薬局  デイケア等 | | （記名押印又は署名） | | |

※福祉医療証をお持ちの方は、医療機関の窓口では福祉医療の助成を優先するため、別途手続きをお願いする場合があります。