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。