

精神障害者通院医療費助成申請書

令和 年 月 日

湯 沢 町 長 様

申請者 住 所 湯沢町

氏 名

自立支援医療月間自己負担額の医療費助成を申請します。

診 療 月		令和 年 月 分
受 診 者 名		
加入 保 険	保険者名	
	記号・番号	
	被保険者氏名	
振込 口座	銀行支店名	
	口座番号	普通 ・ 当座
	口座名義人	
月間自己負担額		金 円

※ 自立支援医療自己負担上限額管理票を添付してください。

<湯沢町記入欄>

決 裁						担 当
助 成 決 定 金 額			円			