

様式第1号(第5条関係)

| 精神障害者医療費助成申請書 | | | | |
|--|----------------------------|------|-----------|--------|
| 本人 | 健康保険被保険者 記号 番号 | | | |
| | 住所 | 津和野町 | | |
| | 氏名 | | 男 女 | 年 月 日生 |
| 保護者 義務 | 住所 | | | |
| | 氏名 | | 本人との関係 | |
| 医療関係 事項 | 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条の關係 | | 初診 年月日 | 年 月 日 |
| | 担当医師又は医療機関名 | ⑩ | | |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>津和野町長 様</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">申請者 住所 津和野町 氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> | | | | |

助成開始日 年 月 日