

様式第4号(第8条関係)

		NO	
精神障害者医療費助成申請書			
健康保険被保険名	記号 番号	世帯主 氏 名	
患 者 氏 名			
病 名			
療養を受けた期間	年 月 日から	上記疾患に対する医療費総額	
		医療総点数	点
	年 月 日まで	精神保健及び 精神障害者福祉に関する法律 該当疾患 医療点数	点
担当医師又は医療 機 関 名	㊦		
期間内に受けた療 養に対し病院等で 支払った額(精神 保健及び精神障害 者福祉に関する法 律該当分)	円	助 成 額	円
備 考	医療費 対象外 精神保健及び精神障害者福祉に関 総 額 医療費 する法律該当医療費助成対象額 助成額 — = ×10/100=		

上記のとおり請求します。

年 月 日

津和野町長 様

世帯主 住 所 津和野町  
氏 名

- ※ 1 申請時領収書を添付してください。  
2 太枠内は、医療機関で記入してください。