様式第１号（第５条関係）

精神障がい者通院費助成金交付申請書

年　　月　　日

八頭町長　　　　様

住所

申請者　　氏名

電話番号

八頭町精神障がい者通院費助成金交付規則第５条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金額 | 円 |
| 指定自立支援  医療機関名 |  |
| 通院期間及び通院日数 | 年　　　月分（　　　　　　日間） |
| 年　　　月分（　　　　　　日間） |
| 年　　　月分（　　　　　　日間） |
| 担当医師名  ㊞ |

添付書類

　自立支援医療受給者証（精神通院）の写し