様式第1号(第5条関係)

年　　月　　日

　浜田市長　　　　　様

申請者　住所

氏名

精神通院医療費助成申請書

　　　　　年度において、精神通院医療費の助成を受けたいので、次のとおり浜田市精神通院医療費助成要綱第5条の規定により申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 自立支援医療費受給者証番号 | 　 | 所得区分 | B1　・　B2 |
| 有効期限 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 備考 | 　 |