

様式第3号（第6条）

年 月 日

四街道市長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号 ()

精神障害者医療費助成金支給申請書

年 月分から 年 月分の精神障害者医療費助成金の支給を受けたいので、四街道市精神障害者医療費助成要綱第6条の規定により、精神科医療機関の発行した医療費の領収書を添付の上申請します。