

様式第3号（第4条関係）

精神障害者通院医療費助成申請書兼委任払い申請書（保険薬局用）

年 月 日

（あて先） 松江市長

申請書を提出した者

住 所

氏 名

本人との続柄

精神障害者通院医療費について委任払いによる助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

本人 (委任者)	住所	※住民登録をしている住所を記入すること。 松江市 電話 (       )       -		
	氏名		生年月日	年 月 日
家族の 連絡先	住所	※本人が未成年の場合は必ず記入すること。 電話 (       )       -		
	氏名		続柄	
被保険者証の記号番号			保険者番号	
受給者証	公費負担者番号			
	受給者番号			
	有効期間	自	年 月 日	～至 年 月 日
保険薬局名 (被委任者)		住 所 名 称 代表者		