

松江市告示第 211 号

松江市精神障害者通院医療費助成要綱（平成 18 年松江市告示第 212 号）の一部を次のように改正する。

令和 4 年 3 月 31 日

松江市長 上 定 昭 仁

次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分は、これに対応する改正後欄に掲げる規定の下線を付した部分のように改め、改正前欄に掲げる規定で改正後欄にこれに対応するものを掲げていないものは、これを削る。

改正後		改正前	
様式第 1 号(第 4 条関係)		様式第 1 号(第 4 条関係)	
精神障害者通院医療費助成申請書 年 月 日 <u>(あて先)松江市長</u> 申請書を提出した者 住 所 氏 名 本人との続柄 略 略		精神障害者通院医療費助成申請書 年 月 日 <u>松江市長 氏 名 様</u> 申請書を提出した者 住 所 氏 名                    ㊟ 本人との続柄 略 略	
様式第 2 号(第 4 条関係)		様式第 2 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(医療機関用) 年 月 日 <u>(あて先)松江市長</u> 申請書を提出した者 住 所 氏 名 本人との続柄 略 略		精神障害者通院医療費助成申請書兼委任払い申請書(医療機関用) 年 月 日 <u>松江市長 氏 名 様</u> 申請書を提出した者 住 所 氏 名                    ㊟ 本人との続柄 略 略	
医療機関名 (被委任者)	住 所 名 称 代表者	医療機関名 (被委任者)	住 所 名 称 代表者                    ㊟

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	
<b>(あて先) 松江市長</b>	
申請書を提出した者	
住 所	
氏 名	
本人との続柄	
略	
略	
保険薬局名 (被委任者)	住 所 名 称 代表者

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	
<b>松江市長 氏 名 様</b>	
申請書を提出した者	
住 所	
氏 名	
本人との続柄	
略	
略	
保険薬局名 (被委任者)	住 所 名 称 代表者

附 則

この告示は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。