様式第３号（第１０条関係）

　　精神障害者医療費助成金支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 後期高齢者医療被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | ※宛名コード |  |
| （ふりがな）　氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　　　　　　　　　　　　　　　　　　女 | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 住　　所 | （〒　　　 － 　　　　）（電話番号　　　　―　　　―　　　　） |
| （宛先）　橿原市長上記のとおり、医療費助成金の支給を申請します。なお、助成金の支給後において、助成金を調整する必要が生じた場合は、次月以降の支給額において相殺することに同意します。　　　　　　年　　月　　日申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 |
| （委任状）私は、　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、次の権限を委任する。　　　　　　　 年　　　月　　　日申請した医療費助成金の受領に関すること。　　　　　 申請者の住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代理人の住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　口　座振　替 依 頼 欄 | 金融機関名 | 銀行・信金労金・信組農協 | 本店支店出張所 |
| 金融機関コード |  | 店舗コード |  |
| 預金種別 | 普通・当座・その他 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | フリガナ |
|  |

 ※は記入する必要はありません。 |