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。 | | | | | | | | | | |