

様式第2号（第5条関係）

年 月分

<h3>精神障害者医療費交付申請書</h3>	
年 月 日	
様	住所
	申請者 氏名
下記のとおり申請します。	
申請額 金	円
障害者氏名	

<h3>保険診療領収書</h3>				
医療機関記入欄	保険診療による 自己負担金額	円	診療 期間	自 年 月 日 至 年 月 日
	年 月 日			
		所在地 医療機関等 名称 代表者	⑩	
※入院患者で精神病療養のための医療費をご記入下さい。				