

様式第 8 号（第 9 条関係）

袖ヶ浦市精神障害者医療費等届出書

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

住 所

届出者

氏 名

次のとおり精神障害者医療費等の給付を受けたいので、袖ヶ浦市精神障害者医療費等給付条例施行規則第 9 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて提出します。

加 入 医 療 保 険 の 記 号 番 号	記号 第 号
受給資格者 氏 名	受給資格者 住 所

※ 上記は届出者が記入し、下記は医療機関で証明を受けてください。

医療機関証明書

(年 月診療分)

疾 病 名		診 療 開 始 日	年 月 日
診 療 日 数	入院 日	入 院 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
保 険 請 求 点 数	点	証 明 手 数 料	円

受給資格者については上記のとおり証明します。

年 月 日

所 在 地
医療機関 名 称
代 表 者

