

結核・精神医療給付金支給申請書(兼請求書)

受給者(本人)	記号	—	番号	負担者番号																
	氏名				個人番号															
	住所								生年	月日										
申請区分	結核医療給付金 ・ 精神医療給付金																			
診療年月	医療費費用額			自己負担金				備考												
年 月																				
年 月																				
年 月																				
年 月																				
年 月																				
合 計																				
療養を受けた病院・診療所薬局等の名称及び所在地	名 称																			
	所在地																			
療養を受けた期間				から								まで				日間				
振込先	金融機関名			支店																
	金融機関コード			銀行コード				支店コード												
	口座番号			口座の種類				普通 ・ 当座				番号								
	フリガナ																			
	口座名義人																			
届出人の場合	氏 名							本人との関係												
	住 所							電話番号				()								

上記のとおり申請（請求）します。

年 月 日

(申請者) 住所

氏名

電話番号 ()

立川市長 殿