

**記入例**

記号番号	記号47— 〇〇 番号 〇〇〇〇 (〇〇)	種類	1 結核医療給付金 2 精神医療給付金
医療を受けた被保険者氏名	<b>多摩 太郎</b>		生年月日 〇〇年 〇月 〇日
医療を受けた期間	〇年 〇月 〇日 から 〇年 〇月 〇日 まで 〇〇日間		
診療薬剤の支給又は手当てを受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	名称	<b>病院または薬局名</b>	
	所在地	<b>所在地</b>	
診療薬剤の支給又は手当てを受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	名称	<b>病院または薬局名</b>	
	所在地	<b>所在地</b>	
給付金の支給申請をした理由	都外 <b>診療のため</b> ・ その他 ( )		
備考			
振込先	銀行名 (コード)	〇〇銀行 (〇〇 )	支店名 (コード) <b>△△支店 (△△ )</b>
	フリガナ	<b>タマ タロウ</b>	口座番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 種別 <b>普通当座</b>
	口座名義人	<b>多摩 太郎</b>	
上記のとおり結核・精神医療に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 住 所 <b>世帯主住所</b> 申請者 (世帯主) 氏 名 <b>世帯主氏名</b> 電 話 <b>日中連絡のつく電話番号</b> 多摩市長 殿			

- ※ 太線枠内をご記入ください。
- ※ 申請の際は必ず**領収書**と**上限管理票**を持参してください。

受付印

受付者名 \_\_\_\_\_