

第11号様式（第10条関係）

結核・精神医療給付金支給申請書

記 号 番 号	記号47—	番 号	()	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				生年月日	年 月 日	
医療を受けた 期 間	年 月 日 から		年 月 日まで		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 他の者の名称及び所在地	名称					
	所在地					
診療薬剤の支給又は手当てを 受けた病院、診療所、薬局そ 他の者の名称及び所在地	名称					
	所在地					
給付金の支給申請をした理由	都外診療のため ・ その他 ()					
備 考						
振 込 先	銀行名 (コード)	銀行 ()		支店名 (コード)		支店 ()
	フリガナ			口座 番号		
	口座名義人					
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>申請者 (世帯主) 氏 名 _____</p> <p>電 話 _____</p> <p>多摩市長 殿</p>						

- ※ 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 _____