

第18号の8様式(第33条関係)

結核・精神医療給付金支給申請書

新宿区長 殿

令和 年 月 日

下記のとおり、診療に要した証拠書類を添えて、申請します。

(申請項目を○で囲んでください。)

1. 結核医療給付金

② 精神医療給付金

| | | | | | |
|----------------|----------------|-----|--------|--------|--------|
| 申請者 | フリガナ | | | 生年月日 | |
| | 氏名 | (姓) | (名) | 年 月 日 | |
| | 住所 | | | | 電話 () |
| 申請理由 | 都外の医療機関で受診したため | | | | |
| 医療機関 | 医療機関名 所在地 | | 電話 () | | |
| 記号・番号 | | 記号 | 04- | 番号 | |
| 申請書を 提出したもの | 氏名 | | | 本人との関係 | |
| | 住所 | | | | 電話 () |

口座振込先(申請人名義)

| | | | | |
|---------|--------------------|------|--|----|
| 振込先金融機関 | 銀行 信用金庫 信用組合 | | | 支店 |
| 預金種別 | 1. 普通 2. 当座 | 口座番号 | | |
| フリガナ | | | | |
| 氏名 | | | | |