

精神医療給付金償還払い申請書

被保険者の 記号・番号	— —					
療養を受けた被 保険者の氏名						
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 生					
医療機関名	病院					
	薬局					
受 診 年 月	令和 年 月 ～ 令和 年 月					
償還払いを申請 する理由	東京都外の医療機関で障害者総合支援法第58条適用の医療を受けたため。					
上記のとおり、障害者総合支援法第58条適用の医療を東京都外の医療機関で受けた際に 要した費用を証拠書類を添えて申請いたします。 なお、支給金額は下記口座に振り込んでください。 令和 年 月 日 江 戸 川 区 長 殿 申 請 者 住 所 江戸川区 氏 名 ⑩ 電 話 番 号 ()						
振 込 先 金 融 機 関	金融機関名		銀行			
			信金		支店	
	(普通・当座) 口座番号					
	口座名義人 (カタカナ)					
決 定 1 0 割	支	給	額	係 員	係 長	決 定 日
医 科	医 科					
調 剤	調 剤					
計	計					
受付印・受付者	備考 受給者証の有効期間					
	(年 月 日～ 年 月 日) 上限額 円					
	(年 月 日～ 年 月 日) 上限額 円					
	(年 月分まで支給済 年 月 日支給分)					

(世帯主・本人)