精神医療給付金償還払い申請書

パソコンで入力できます

被保険者証の記号・番号	２３　―　　―
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	年　　月　～　　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　　自署してください　　㊞

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）

（世帯主・本人）

決　定　１０　割	支　給　額	係　長	係　員	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）一般額　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）			

※事務処理用欄のため記入は不要です