第3号様式

精神障害者等医療費助成請求書

年　　月　　日

　　(あて先)成田市長

住所

氏名

※本人署名の場合、押印を省略できます。

電話番号

　　精神障害者等医療費の助成を受けたいので，次のとおり請求します。

請求金額　　　　　　　　　　　　円