

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