第1号様式の2

(裏面)

　　精神障害者医療費受給資格の申請及び精神障害者医療費助成金(一般)の支給にあたり、以下のことを確認し、同意します。

　　・本受給資格申請の審査を受けるために必要な、所得等の情報を閲覧・使用すること。

　　・療養の給付に係る自己負担金について高額療養費の支給を受けることができる場合、被保険者証、精神障害者医療費受給資格証及び当該診療に係る診療報酬明細書等について、医療機関等が写しを徴し、村長に提出すること。

　　・本助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　御杖村長　殿

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

　なお、助成金は下記口座に振り込んでください。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　御杖村長　殿

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 口座振替依頼欄 | 金融機関名 | 銀行信用金庫信用組合 | 本店支店出張所 |
| 金融機関コード | 　 | 　 | 　 | 　 | 店舗コード | 　 | 　 | 　 |
| 預金種別 | 普通・当座・その他 | 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 口座 | フリガナ |
| 　 |

|  |
| --- |
| 　(委任状)　私は、　　　　　　　　　　を代理人と定め、次の権限を委任する。精神障害者医療費助成金(一般)の受領に関すること。　申請者の住所、氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　代理人の住所、氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |