

自立支援医療費(精神通院)の公費負担申請
に要する診断書料手続協力料請求書

始良市長

殿

平成 年 月 日

医療機関所在地

名 称

印

下記のとおり請求します。

受 診 者		居 住 地	
診断書料手続協力料		金 額	円
付 記 (振込先)			