

宇和島市認知症診断費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

宇和島市長 様

下記のとおり、宇和島市認知症診断費助成金の交付を受けたいので、宇和島市認知症診断費助成事業実施要綱第 6 条の規定により申請します。

対象者	フリガナ		生年月日
	氏名		大・昭 年 月 日
	住所	(〒 - ) 宇和島市	
	医療被 保険者証	【種類】 後期 ・ 国保 ・ その他 ( ) 【被保険者番号】 ( )	

申請者	<input type="checkbox"/> 上記対象者と同じ (※連絡先と金融機関の口座情報については要記入)				
	フリガナ		続柄 ( )		
	氏名				
	住所	(〒 - )			
	連絡先	( ) -			
	金融機関	支店	種別	口座番号	フリガナ 口座名義人
	銀行 信用金庫 農協	支店 支所 出張所	普通 当座		
	ゆうちょ銀行	記号	番号		フリガナ 口座名義人

受診医療機関	
受診結果	<input type="checkbox"/> 認知症と診断 アルツハイマー・レビー小体型・脳血管性・前頭側頭葉型 その他 ( ) <input type="checkbox"/> 軽度認知障害 (MCI) と診断 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> その他

【事務処理】

受診費用 合計 ( 円/点)

助成金請求額 円 (上限一人当たり 10,000 円)

添付書類  領収書  診療明細書