別記様式（第６条関係）

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。

<table>
<tr><td rowspan="10">申請者兼対象者</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="4"></td><td>大・昭　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5">（〒　　－　　）宇和島市</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td colspan="5">（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>医療被保険者証</td><td colspan="5">【種類】　後期　・　国保　・　その他（　　）
【被保険者番号】（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">金融機関</td><td>支店</td><td>種別</td><td>口座番号</td><td>フリガナ
口座名義人</td></tr>
<tr><td colspan="2">銀行
信用金庫
農協</td><td>支店
支所
出張所</td><td>普通
当座</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">ゆうちょ銀行</td><td>記号</td><td colspan="2">番号</td><td>フリガナ
口座名義人</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
</table>

受診医療機関	
受診結果	□　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（　　） □　軽度認知障害（MCI）と診断 □　問題なし □　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