

○この用紙は申出人が記入してください。

(様式1)

自立支援医療費(精神通院医療)償還払い申出書

○記入上の注意

- 1 申出書の記入にあたっては、「自立支援医療費(精神通院医療)償還払いのご案内」をお読みいただき、記入例を参考に、不備のないよう、記入してください。
- 2 太枠内のみ記入してください。
- 3 償還払い申し出書類の送付先は、大阪府こころの健康総合センター 総務課です。

【送付先】 〒558-0056 大阪市住吉区万代東3-1-46 大阪府こころの健康総合センター 総務課

医療費決定額 (大阪府記入欄)	百万	十万	万	千	百	十	円
--------------------	----	----	---	---	---	---	---

大阪府知事 様

「大阪メンタルクリニック・梅田院」に係る令和 年 月分から令和 年 月分 (か月) の自立支援医療費 (精神通院医療) 償還払いを下記のとおり申し出ます。

令和 年 月 日

受給者	フリガナ氏名		受給者番号						
	フリガナ住所	〒 ー							
		電話番号 () ー							
申出人	・ 受給者と同一								
	フリガナ氏名				受給者との続柄				
	フリガナ住所	〒 ー							
		電話番号 () ー							

※必ず、日中連絡のつく電話番号を記入してください。

提出代行者記入欄

フリガナ氏名		受給者との続柄
フリガナ住所	〒 ー	
		電話番号 () ー

※提出する者が申出人と異なる場合のみ、ご記入ください。

○この用紙は申出人が記入してください。

(様式1)

自立支援医療費(精神通院医療)償還払い申出

記入例

○記入上の注意

- 1 申出書の記入にあたっては、「自立支援医療費(精神通院医療)償還払いのご案内」をお読みいただき、記入例を参考に、不備のないよう、記入してください。
- 2 太枠内のみ記入してください。
- 3 償還払い申し出書類の送付先は、大阪府こころの健康総合センター 総務課です。
【送付先】〒558-0056 大阪市住吉区万代東3-1-46 大阪府こころの健康総合センター 総務課

医療費決定額 (大阪府記入欄)	百万	十万						円
--------------------	----	----	--	--	--	--	--	---

大阪府知事 様		実際に自立支援医療で受給されている方									
「大阪メンタルクリニック・梅田院」にて											
12月分(2か月)の自立支援医療費(精神通院医療)償還払いを下記のとおり申し出ます。											
		令和 7年 5月 30日									
受給者	フリガナ氏名	こころ太郎	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
	フリガナ住所	〒123-4567 オオサカシスミヨシクバンダイヒガシ 大阪市住吉区万代東3-1-46									
申出人	・ 受給者と同じ										
	フリガナ氏名	こころ太郎成年後見人 健康 次郎					受給者との続柄 成年後見人				
	フリガナ住所	〒123-4567 オオサカシチュウオウクオオテマエ 大阪市中央区大手前2-1-22									

法定代理人、もしくは法定相続人に限ります。

提出代行者記入欄

フリガナ氏名		受給者との続柄
フリガナ住所	〒	
電話番号 () -		

※提出する者が申出人と異なる場合のみ、ご記入ください。