

|   |     |                      |              |  |  |
|---|-----|----------------------|--------------|--|--|
| 給付種別  | 4 5 | メンタルヘルスカウンセリング補助金請求書 | ※            |  |  |
| 氏名<br>個人コード   |     |                      | 学校名<br>学校コード |  |  |
| 請求金額  |     |                      | ※ 給付決定金額     |  |  |
| 上記金額を下記のとおり請求します。<br>年 月 日<br>学校名 _____<br>請求者 _____ 氏名 _____ (印) (自筆署名の場合、印不要)<br>一般社団法人 京都府教職員互助組合理事長 様 |     |                      |              |  |  |

▼学校コード及び個人コード印を使用してください。  
 ▼カウンセリング受診機関で発行される領収書を添付される場合は必ず受診者の氏名(フルネーム)と受診日・但書を記入のこと。  
 ※印以外はすべてご記入ください。

**【カウンセリング機関へのお願い】**

この書類は組合員(受診した者)が臨床心理士による医療保険外のメンタルヘルスカウンセリングを受け、そのカウンセリング料金を負担したことを確認するものですので、お手数ですが下記受領証明書欄に受診日毎に記入していただきますようお願いいたします。

| 領収書貼付欄   |       |
|--|-------|
| メンタルヘルスカウンセリング料金受領書 ▼医療保険の対象になったものは除く。   |       |
| 料金 (〃は不可)  | 受診日   |
| 円  | 年 月 日 |
| 円  | 年 月 日 |
| 円  | 年 月 日 |
| 円  | 年 月 日 |
| 円  | 年 月 日 |
| 円  | 年 月 日 |
| 上記料金・診療日のとおり 臨床心理士による医療保険外のメンタルヘルスカウンセリング料金として受領いたしました。<br>_____ 様<br>↑フルネーム(氏名スタンプは不可)<br>機 関 名 _____<br>所 在 地 _____<br>カウンセラー名 _____<br>(臨床心理士名) _____ (印) |       |

▼一回につき四千円以上の支払いに対して二千円を一事業年度に六回を限度に給付します。  
 ▼受領書による証明または領収書(コピー可)添付で請求。領収書の場合、但書に臨床心理士による医療保険外のメンタルヘルスカウンセリング料金と記載すること。