

精神障害者医療費助成申請書

年 月 日

(あて先) 胎内市長

申請者 住 所
氏 名
(受給者との続柄)
電話番号

次のとおり精神障害者医療費(年 月分)の助成を申請します。

交付番号		保険者名	
対象障害者氏名		記号番号	
受給者氏名			
振込先金融機関	銀行・農協 信組・金庫	本店 支店	口座種別 普通・()
口座番号		フリガナ 口座名義人	

添付書類 通帳の写し等の振込先口座が確認できる書類

※	他法負担金	円	付加給付額	円	助成決定額	円
---	-------	---	-------	---	-------	---

※印欄は記入しないでください。

領 収 書 (診療月 年 月分)						
入院	入退院年月日	・ ・ ~ ・ ・	診療日数	日	当月分点数	点
他法負担の有無	無・有 ()	法)	保険対象医療費被保険者負担額			円
上記のとおり領収しました。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 氏 名 (印) (記名押印)						
注 領収書欄は医療機関で記入してください。領収書の写しを添付しても構いません。						