

○金額欄は記入しないでください。  
○助成金は登録口座に振込いたします。

80 精神障がい者 医療費助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 榎原市長

住所 榎原市 町

金 円 申請者 氏名

電話番号

ただし、医療費助成金を上記のとおり支給されるよう申請します。

受給者番号		受給者氏名			
加入医療保険の 保険者番号		生年月日	昭・平・令	年 月 日	
加入医療保険の 名称		加入医療保険 の記号番号	記号	番号	
医療 機関 等 記 入 欄	表区分	1. 医 3. 歯 4. 調 5. 柔 等	入外区分	1. 入院 2. 入院外	
	受診者名		年 月 診療分	総 点 数 点	
	医療機関コード		日 数 日	自己負担額	円
	上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。				年 月 日
所在地 医療機関等 名称 氏名 電話番号		印			
確認欄	附加給付の有・無 高額療養費の有・無(限度額 ) 所得区分 (一般・低Ⅱ・低Ⅰ)				
決定欄	負担割合	控除内容			
	1割・2割・3割				
	自己負担額( 円) -	附加給付額 ( 円)	保険給付額又は 高額療養費 ( 円) = ◎支給決定額	<input type="text"/> 円	
	一部負担金 ( 円)				
助成区分 1. 県 2. 市	支給区分	1. 対医療機関払 2. 療養費ペア分 3. 高額療養費ペア分 4. 償還払			