

○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。

記載例

80 精神障がい者医療費助成金支給申請書

(宛先) 榎原市長

受給者本人

(受給者が未成年の場合は医療費助成の対象者が加入している医療保険の被保険者(児童の父もしくは母))

受給者本人

※受給資格証と健康保険証を見ながら記入ください

住所 榎原市 町

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交付されるよう請求します。

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	<p>医療費助成金交付請求書は</p> <p>診療月及び医療機関ごと(入院外来別・医科歯科別)に1枚ずつ必要です</p> <p>例) A病院 8月外来(内科) A病院 9月外来(内科)</p> <p>A病院 8月入院(内科) A病院 9月外来(口腔外科)</p> <p>B薬局(A病院8月処方箋分) C病院(A病院8月処方箋分)</p> <p>⇒ 医療費助成金交付請求書は6枚必要です</p>
	<p>提出書類 医療費助成金交付請求書・領収証の写し</p> <p>領収証は受診者名・診療年月日・診療科目・保険点数・保険適用の自己負担額、医療機関の所在地・名称が記載されており、領収印押印済のものが必要です。</p>
確認欄	
決定欄	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