

○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。

精神障害者医療費助成金支給申請書										
年 月 日										
(宛先) 榎原市長										
住所										
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		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 ()									
決 定 欄	負担割合 1 割 ・ 2 割 ・ 3 割		控除内容							
	附加給付額 (円)									
	自己負担額 (円) - 保険給付額又は高額療養費 (円) = ◎支給決定額 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							