

御前崎市精神障害者医療費助成金支給申請書

年 月 日

御前崎市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 () _____

次のとおり _____ 年 _____ 月分の精神障害者医療費助成金を申請します。

受診者	氏名				申請者との 続柄		
	生年月日	年	月	日	性別	男・女	
	精神障害者 保健福祉手 帳番号	(有効期限 年 月)	級	自立支援医療 費受給者証の 番号	(有効期限 年 月)		
健康 保険証	記号			番号	被保険者または組合員の氏名		
	保険者	名称					
		保険者番号				付加給付	有・無

下欄は、1回の入院ごと及び変更時のみ記入してください。

振込先	金融機関名	口座名義人	口座種別	口座番号
	銀行・農協 信用金庫	フリガナ	普通 ・ 当座	
	(支店名)			

(注意)

- 1 回の入院ごとに精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療（精神通院）受給者証又は診断書を添付してください。なお、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療（精神通院）受給者証の有効期限を過ぎると対象外となります。
- この申請書に領収書を添付し、1月分まとめて提出してください。なお、患者名・診療科が記載されていない場合は、領収書として扱えません。
- 領収書は、診療を受けた月から起算して1年を超えたものは支給の対象外となります。

市記入欄

$$\text{自己負担額} - \text{高額療養費等} = \text{自己負担額} \times \text{支給率} = \text{助成金支給額}$$

$$\left(\quad \text{円} \right) - \left(\quad \text{円} \right) = \left(\quad \text{円} \right) \times 2/3 = \left(\quad \text{円} \right)$$