

別記様式（第4条関係）

精神障害者入院医療費助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 焼津市長

申請者 住所

氏名

印

受診者との続柄

電話番号 () —

次のとおり申請します。また、この申請に関し、私及び家族の所得等の情報を市が確認することに同意します。

受診者	住所		
	氏名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	精神障害者手帳	番号 () 等級 (級)	
	加入医療保険	保険者	
記号・番号			
保護者	住所		
	氏名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	受診者との続柄		
	電話番号		
申請対象の入院月		年 月分	
当該入院に係る高額療養費、付加給付等の支給の有無		有 ・ 無	

次の欄は、初回及び変更時のみ記入してください。

振込先	銀行	店	普通	(口座番号)	(口座名義)フリガナ
	金庫		当座		
	農協				

(注意)

- 1 領収書の写しを添付してください。
- 2 申請者は受診者又は保護者とし、振込先は受診者の口座としてください。

一部負担金	①	円		
高額療養費	②	円	控除額計	⑤ 円
付加給付	③	円		
その他	④	円		
対象経費の額	⑥=①-⑤		円	
助成額	⑦=⑥×助成率		円	