

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 \_\_\_\_\_ ⑧

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 <small>(受診者が18歳未満の場合)</small>	住所			
	氏名			
	生年月日	T・S・H	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 金庫 農協	店	普通 当座	(口座番号)	(口座名義)フリガナ
-----	----------------	---	----------	--------	------------

(注意)

- 1 領収書を添付してください。
- 2 申請者は受診者又は保護者とし、振込先は申請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