

精神障害者医療費助成申請書

精神障害者	住所	小山町						
	氏名				生年月日	年 月 日		
	加入保険	保険種別				記号番号		
		保険者名				付加給付	有 ・ 無	
	振込先	金融機関名			支店名			
		口座番号					フリガナ 名 義 人	
	入院している医療機関名							
	医療機関所在地							
入院期間	年 月 日 ~			年 月 日				
申請者	住所				電話番号			
	氏名				精神障害者との関係			
<p>上記のとおり精神障害者医療費の助成を受けたいので申請します。                  また、助成金支給決定のため、精神障害者及び扶養義務者が受けるその他の医療費に対する助成について小山町長が加入医療保険者等から情報を収集することについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 <span style="float: right;">印</span></p> <p>小山町長 様</p>								

町	診療月	保険診療による自己負担額			控除額内訳			差引自己負担額 ③=①-②	助成額 ③/2
		診療分	食事分	小計 ①	高療養費	付加給付額	小計 ②		
記入欄	月								
	月								
	月								
	月								
	合計								

(注) 診療請求内訳書及び領収書を添付してください。