

精神障害者医療費助成申請書

安 城 市 長

注意 太枠の中のみ記入してください。

申請日

年 月 日

申 請 者	住 所				
	氏 名	(印)		電 話	
(自署の場合は押印不要)					
受 給 者	受給者番号		加 入 医 療 保 険	記号・番号	
	氏 名			保険者の名称	
				被保険者氏名	
	生年月日			付 加 給 付	有 ・ 無
振 込 先 金 融 機 関 名		種 別	口 座 番 号		口 座 名 義 人
銀 信 行 信 用 金 庫 農 協 店					(カタカナで記入)

添付書類 1 医療機関発行の領収書の写し
2 健康保険組合の場合は、家族療養費又は付加給付金決定通知書

総 点 数	点	診 療 月	月	備 考
他法負担分	円	支 払 月	月	
付加給付額	円	助 成 額	円	
<p>計算欄</p> <p style="margin-left: 40px;">自己負担額 付加給付額</p> <p style="margin-left: 40px;">() × 1 / 2 =</p>				

根拠規定 安城市精神障害者医療費助成条例施行規則 様式第6(第7条関係)