

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 令和 年 月 日

申請者	住所				
	氏名			電話	
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		
付加給付額	円	助成額	円	
計算欄				
自己負担額		付加給付額		
() × 1 / 2 =				

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)