

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	安城市桜町18番23号			
	氏名	安城 太郎	電話	0566-71-2232	
受給者	受給者番号	913 (又は513) × × × × × ×	加入医療保険	記号・番号	記号 1 2 3 4 番号 5 6 7 8
	氏名	安城 太郎		保険者の名称	安城健康保険組合
	生年月日	昭和50年1月1日		被保険者氏名	安城 太郎
	振込先金融機関名	安城 銀行 信用金庫 農協		種別	桜町支店 普通
				口座名義人	(カタカナで記入) アンジョウ タロウ

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	
<p>計算欄</p> <p style="text-align: center;">自己負担額 付加給付額</p> <p style="text-align: center;">() × 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)