

別記第1号様式(第3条第1項)

野田市精神障がい者医療費助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 野田市長

申請者 住所  
氏名

障がい者本人  
又は保護者の  
方の住所等  
をご記入下さ

次のとおり精神障がい者医療費助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

精神障がい者	氏名			加入保険	保険種別	
	生年月日	年 月 日			記号番号	
	住所	野田市			保険者名	
保護者	氏名			続柄		
	住所	野田市				
振込先	銀行名	銀行	支店	名義人		
	預金種別	普通	当座	口座番号		

上欄は、必ず申請者が記入し、下欄は医療機関で証明を受けてください。

精神疾患名	入院年月日	年 月 日	
	入院期間	(自 至)	年 月 日 日間
保険診療総点数	左のうち公費負担分	本人支払額 <sup>ア</sup>	
点	点	円	

障がい者本人又は保護者の方の口座をご記入下さい。

摘要	年 月 日	所在地 医療機関名称 氏名	(印)
----	-------	---------------------	-----

必ず、領収書も添付して下さい。

これより下は、記入不要です。

確認	(精神障がい者) 住民登録 市民税所得割額 ( 円)	(保護者) 住民登録 市民税所得割額 ( 円)		
助成金の算定				
本人支払額 <sup>ア</sup>	高額療養費 <sup>イ</sup>	付加給付額 <sup>ウ</sup>	対象額 <sup>ア-イ-ウ</sup>	助成金支給額 (対象額)×(支給率)
円	円	円	円	円