

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

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	( 年 月分診療) 自 月 日 至 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	

摘要	年 月 日	所在地 医療機関 名称 氏名 <span style="float:right">印</span>
----	-------	---

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