

(宛先)野田市長

記入例

年 月 日

住 所
申請者 氏 名
電話番号

障がい者本人又は保
護者の方の住所等を
ご記入ください。

野田市精神障がい者医療費助成金支給申請書

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	ふりがな 名 義 人		
	預金種別	普通 当座	口座番号		

障がい者本人又は
保護者の方の口座
をご記入ください。

※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 期 院 間 (自 至)	年 月 日 日間 月 月 日
保 険 診 療 総 点 数	左のうち公費負担分	本 人 支 払 額 ⑦	
	点	点	
摘 要			
年 月 日			
所在地 医療機関 名 称 氏 名 ⑧			

必ず領収書も添付
してください。

確 認	(精神障がい者)□住民基本台帳の記録 □市民税所得割額 (円)		(保護者)□住民基本台帳の記録 □市民税所得割額 (円)	
	助 成 金 の 算 定			
これより下 は、記入 不要です。	額療養費 ①	付加給付額 ②	対 象 額 ③－①－②	助 成 金 支 給 額 (対象額)×(支給率)
	円	円	円	円