

年 月 日

(宛先)野田市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

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		

※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 日間 至 月 日
保 険 診 療 総 点 数	左のうち公費負担分	本 人 支 払 額 ㉞
点	点	円
摘 要	<p>年 月 日</p> <p>所在地 医療機関 名 称 氏 名 ㉟</p>	

確 認	(精神障がい者) <input type="checkbox"/> 住民基本台帳の記録 <input type="checkbox"/> 市民税所得割額 (円)		(保護者) <input type="checkbox"/> 住民基本台帳の記録 <input type="checkbox"/> 市民税所得割額 (円)	
	助 成 金 の 算 定			
本人支払額 ㉞	高額療養費 ㉟	付加給付額 ㊱	対 象 額 ㉞ - ㉟ - ㊱	助 成 金 支 給 額 (対象額) × (支給率)
円	円	円	円	円