

精神障害者入院医療費助成申請書

年 月 日

新発田市長 様

申請者(本人、家族等又は医療機関)

住 所

氏 名

下記のとおり、精神障害者入院医療費助成を申請します。

本人	(ふりがな)	男	高額療養費の有無		附加給付の有無	
	氏 名	女	有 無		有 無	
	生年月日	年 月 日 生	電話番号			
	住 所	〒				
	医療保険証情報	保険者の名称 (保険者番号)		被保険者証等の記号番号		
家族等	(ふりがな)	続柄	電話番号			
	氏 名	柄	番号			
	住 所	〒				

申請額 円

サービス受給等状況	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 [有効期限 年 月]	
	<input type="checkbox"/> 自立支援医療費制度(精神通院)受給 有・無 [有効期限 年 月]	
課税状況	課税・非課税・対象外	
医療機関名・入院科		
申請月中の入院期間	年 月 日～ 年 月 日	当初入院 年 月 日

口座振替依頼欄	銀行 労金 信金 信組 農協 漁協	本店 支店 出張所	種 別	口 座 番 号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金						
			2 当座預金						
	フリガナ								
	口座名義人								

※添付書類 加入医療保険証・入院年月の医療費明細がわかる領収書・附加給付受領がわかるもの
 ※申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかによること。