

精神障害者医療費助成金支給申請書

申請者 (受給者) 記入欄	障害者住所	菊川市	番地	申請者との続柄
	障害者氏名		生年月日	年 月 日
	保険種別		保険証記号番号	被保険者証発行機関名
	国保、政管、組合、共済 その他（ ）			
	付加給付の内容			
医療機関 証明欄	年 月 分	入院開始年月日 年 月 日		
	診療報酬請求総点数 点	医療機関の所在地及び名称 所在地 名称 ㊞		
市記入欄	1 自己負担額		円	記事
	2 付加給付額		円	
	3 支給対象額		円	
	4 支給額		円	
上記のとおり支給されるよう申請します。 菊川市長 太田順一 あて 年 月 日				
申請者	菊川市			
	氏名 ㊞			
助成金 振込先	金融機関及店名・番号			
	名義人名（カナ）			
	名義人住所		電話番号（ ）	

※ 入院費の領収明細書の添付により、医療機関証明欄を省略できます。