

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。				
年 月 日				
菊川市長 氏 名 あて				
申請者	菊 川 市			
	氏 名 ㊦			
助成金 振込先	金融機関及支店・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。