

様式第7(第5条関係)

精神障害者医療費助成申請書

年 月 日

稲沢市長 殿

住 所  
申請者  
氏 名

電話番号( ) ー

次のとおり医療費の助成をしてください。

受給者	受給者番号				加入医療保険	被保険者証 記号・番号			
	住 所					保険者番号			
	氏 名		性別	男・女		保険者名称			
	生年月日	年	月	日		保険者の 所在地			
療養期間	年	月	日から	年間	通院区分	入院・入院外			
傷病原因	第三者行為 ・ 学校のケガ ・ その他( )								
医療機関 所在地・名称						自己負担限度額	円		
医療費総額	保険診療総点数	保険給付分	付加給付金等	申請額	※助成金決定額				
円	点	円	円	円	円				
ふりがな	金融機関名		店舗名		種別	口座番号			
口座名義人									
	銀行		店		普通				
	農協		支店						
	信用金庫		出張所		当座				
委任状	上記の助成金の受領を に委任します。								
	氏名								
注 ※印欄は記入しないでください。									

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。