

※受付者名

様式第7（第5条関係）

精神障害者医療費助成申請書

令和 年 月 日

稲 沢 市 長 殿

住 所

申請者

氏 名

電話番号（ ） —

次のとおり医療費の助成金を支給してください。

受給者	受給者番号			加入医療保険	被保険者等 記号・番号		
	住 所	☐ 同上			保険者番号		
	フリガナ				保険者名称		
	氏 名				保険者の 所在地		
	生年月日	年 月 日			被保険者 氏 名		
傷 病 名				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				療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
医 療 費 総 額		保険診療総点数	自己負担限度額	付加給付金等	支 払 額	※助成金決定額	
円		点	円	円	円	円	
フリガナ 口座名義人		金 融 機 関 名	支 店 名		種 別	口 座 番 号	
		銀行 農協 信用金庫	店 支店 出張所		普 通 当 座		
委任状	上記の助成金の受領を 氏 名 に委任します。						
注 ※印欄は記入しないでください。			※助成決定				

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

※区分
補装具

※医療機関
県内・県外

※保険種別
国保・社保・後期

※負担割合
3・2・1