

精神障害者医療費助成金交付申請書

年 月 日

蒲郡市長 殿

住所 蒲郡市

受給者

氏名

電話 ()

次のとおり精神障害者医療費助成金の交付を申請します。

受給者番号												
受給者名									年 月 日 生			
加入保険	記号・番号											
	被保険者名											
	保険者の名称									附給 加付	有・無	円
医療に要した費用	費用額	円				高額療養費	円				円	
	医療費	円				助成金	円				円	
	領収額	円										
振込先	銀行 信用金庫 農協 店											
	フリガナ							口座番号	普 当			
	口座名義人											

医療等の状況

疾病名											
診療月	年 月		初診日	日	受給者支払額(保険診療分)				円		
入院	日数	日	点数	点	先のうち結核・精神による公費負担分	日数	日	点数	点		
入院外	日数	日	点数	点		日数	日	点数	点		
歯科	日数	日	点数	点		日数	日	点数	点		
薬剤	日数	日	点数	点		日数	日	点数	点		
上記のとおりです。											
年 月 日					住所 医療機関						
受給者 様					氏名(名称)						

※診療明細のわかる領収書があれば医療等の状況の記入は不要です。