

助成金交付申請書

市町村長

殿

申請者氏名 (対象者又は保護者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

下記のとおり精神障害者医療費助成金を申請します。

申請額                      金                      円

本 人 記 入 欄	対象者	氏名	男・女	生年 月日	(M・T) (S・H)	年 月 日生	
		住所					
	加入 医療 保険	被保険者氏名	保険種別		国 保 ・ 社 保 家 族		
		被保険者証 記号・番号			付加給付等の有無 (有の場合給付額)	( 有 ・ 無 円)	
		保険者番号 及び名称			保険者 所在地		
	社 保 家 族 の 被 保 険 者	被扶養者数	所得額①	控除額②	控除後の所得①-②		
(内老人 人)		円	円	円			
支 払 希 望 金 融 機 関	金融機関名	支店名		支店			
	口座番号	種・類	口座名義人				

【注1】対象者が社保家族の場合、次の(1)及び(2)を初回及び毎年8月に添付する。

- (1) 当該保険証の写し
- (2) 被保険者の源泉徴収票または税務署が交付する納税証明書の写し等、所得額を証明する書類

医 療 機 関 記 入 欄	平成 年 月 分	総点数	点	内精神保健福 祉法負担点数	点	精神通院医療に 係る自己負担額	円
	上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。 医療機関等所在地 _____ 名 称 _____ 氏 名 _____ 印						

【注2】医療機関で証明が得られない場合の添付書類

- (1) 精神保健福祉法による患者票または精神障害者保健福祉手帳の写し。
- (2) 当該自己負担額を証する書類。

決 定	係	決裁年月日	平成 年 月 日
		交付年月日	平成 年 月 日
		台帳確認	
(自己負担額 円) - (付加給付及びその他控除額 円) = 助成額 _____ 円			