

精神障がい者入院医療費助成申請書

令和 年 月 日

笠岡市長様

申請者(本人, 家族等又は医療機関)

住所

氏名

下記のとおり, 関係書類を添えて精神障がい者入院医療費助成を申請します。

本人	(ふりがな)	_____ 男	高額療養費の有無		附加給付の有無	
	氏名	_____ 女	有 無		有 無	
	生年月日	_____年 _____月 _____日生	電話番号	_____		
	住所	〒 _____				
	医療保険情報	保険者の名称 (保険者番号 _____)		被保険者証等の記号番号		
	精神障害者保健福祉手帳有効期限	_____		令和 _____年 _____月	_____	
	自立支援医療(精神通院)受給者証有効期限	_____		令和 _____年 _____月	_____	
家族等	(ふりがな)	_____	続柄	_____	電話番号	_____
	氏名	_____	柄	_____	番号	_____
	住所	〒 _____				

申請額	_____ 円
-----	---------

医療機関名・入院科	_____				
申請月中の入院期間	_____年 _____月 _____日～	_____年 _____月 _____日	当初入院年月日	_____年 _____月 _____日	_____年 _____月 _____日

口座振替 依頼欄	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所	種別	口座番号				
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	_____	_____	_____	_____	_____
	フリガナ	_____	2 当座預金	_____	_____	_____	_____	_____
	口座名義人	_____						

- ※添付書類
- ・入院年月の医療費明細がわかる領収書・附加給付受領がわかるもの
 - ・加入医療保険証
 - ・精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療(精神通院)受給者証