

第4号様式（第6条関係）

精神障害者医療費助成金支給申請書

年 月 日

香芝市長 様

(申請者) 住所

氏名

金 円

ただし、 年 月分 医療費助成金を上記のとおり支給されるよう申請します。

受給資格証 受給者番号		受給者 氏名	
加入医療保険名称		加入医療 保険 記号番号	

◎この欄には医療機関等で受けられた医療等の状況を記入し、該当する領収証明書等を添付してください。

医療費の 状況	入院	医療機関：名称 _____ (所在地 _____)			
		日数・期間	総点数	自己負担支払額	
		日(年 月 日～ 年 月 日)	点	円	
	外来等	①	医療機関：名称 _____ (所在地 _____)		
			日数	総点数	自己負担支払額
			日	点	円
		②	医療機関：名称 _____ (所在地 _____)		
			日数	総点数	自己負担支払額
			日	点	円
	③	医療機関：名称 _____ (所在地 _____)			
日数		総点数	自己負担支払額		
		日	点	円	

※確認欄 保険の自己負担割合(1割・2割・3割) ※高額療養費の有無(限度額 _____)

※ 決 定	決裁年月日	年 月 日
	支給年月日	年 月 日
	台帳確認	

【自己負担額】 - 【高額療養費】 - 【一部負担金】
 (円) - (円) - (円) = 支給額 円

※欄は記入しないでください。