

別記様式（第4条関係）

香芝市精神障害者医療費助成金交付申請書

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

対象者との続柄

電 話 番 号

香芝市精神障害者医療費助成金交付要綱第4条の規定により、精神障害者医療費助成金の交付を申請します。

1 申請者記入欄

申請額		金 円					
対象者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生 年 月 日	年 月 日		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
加入医療保険	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		保 険 種 別			
	記 号 ・ 番 号			付加給付等の有無 (有の場合給付額)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( 円)		
	保 険 者 番 号 及 び 名 称			保 険 者 所 在 地			
社保家族の場合 被保険者の所得		被 扶 養 者 数	所 得 額	控 除 額	控 除 後 の 所 得		
振込口座	支 払 機 関 名	預 金 種 別		口 座 番 号			
	銀行 農協 信金	支店		普通・当座・その他 ( )			
		店 番		フリガナ			
				口座名義人			
同 意 欄		<input type="checkbox"/> 私は、扶養義務者等の所得状況について、香芝市が市民税課税台帳等により確認することに同意します。					

2 医療機関記入欄

年 月 分	総 点 数	うち精神通院公費負担点数	精神通院医療に係る自己負担額
	点	点	円
上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。			
所 在 地			
名 称			
代表者氏名 (署名又は記名押印)			

備考

- 対象者が社保家族の場合は、当該保険の情報が分かるものを添付してください。
- 医療機関等で証明が得られない場合の添付書類は、次のとおりです。
  - 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援医療(精神通院医療)受給者証の写し
  - 奈良県障害者自立支援医療費自己負担上限額管理票の写し

決定額	(自己負担額 円) - (付加給付及びその他控除額 円) = 助成額 円
-----	--------------------------------------