

第4号様式（第9条関係）

精神障害者医療費助成金(後期高齢者)支給申請書

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

電 話 番 号

香芝市精神障害者医療費助成事業（後期高齢者）実施要綱第9条第1項の規定により、 年 月分の助成金について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請金額 金 円

受給者番号	受給者氏名		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
加入医療保険の名称	加入医療保険記号番号			
入院	医療機関等の名称 医療機関等の所在地			
	日数及び期間	総点数	自己負担支払額	
	日	点	円	
	年 月 日～ 年 月 日			
医療費の状況	1	医療機関等の名称 医療機関等の所在地		
		日数	総点数	自己負担支払額
		日	点	円
外来等	2	医療機関等の名称 医療機関等の所在地		
		日数	総点数	自己負担支払額
	日	点	円	
3	医療機関等の名称 医療機関等の所在地	日数	総点数	自己負担支払額
		日	点	円

備考 領収書その他自己負担金を医療機関等で支払ったことが明らかとなるものを添付してください。