

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 様

住所 香芝市

申請者(対象者又は保護者) 氏名 (印)

TEL

対象者との続柄 ()

香芝市精神障害者医療費助成事業実施要綱第3条の規定により、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	年 月 日生	
		住所					
	加 保 入 険 医 療	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 (有の場合は給付額)	有・無 (円)		
		保険者番号 及び名称		保険者所在地			
	社保家族の場合 被保険者の所得	被扶養者数		所得額①	控除額②	控除額後の所得①-②	
			人	円	円	円	
支払希望金融機関	金融機関				支店名	支店	
	口座番号	普通・当座			フリガナ		
						口座名義人	

注1 対象者が社保家族の場合、当該保険証の写しを添付する。
 なお、申請に伴い以下のことに同意します。
 香芝市が扶養義務者等の所得状況について市民課税台帳により確認すること。

年 月 日 申請者氏名 (印)

医療 入 機 関 等	年 月分	総点数	内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
上記のとおり診察し、自己負担額を受領しました。				
医療機関等所在地				
名称				
TEL ()				
氏名 (印)				

注2 医療機関等で証明が得られない場合の添付書類
 (1) 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
 (2) 奈良県障害者自立支援医療費自己負担上限管理票の写し
 (3) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に基づく通院医療費公費負担制度による自己負担の場合は、患者票又は精神障害者保健手帳の写し

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
-----	--------------------------------------