

精神障害者医療費助成金支給申請書

市 記 入 欄	自己負担額	控除額	差引自己 負担額	支給額	備 考
		付加給付額			
	円	円	円	円	
	付加給付額 の算定				
受 給 者 記 入 欄	精神障害者医療費助成金支給申請書				
	年 月 日				
	(宛先)湖西市長				
	申請者 住所 湖西市				
	氏名 ㊟				
	(障害者との続柄)				
TEL - -					
	受給障害者	氏 名		生年月日	
				年 月 日	
欄	加入医療保険	記 号		番 号	
		保険者名			
	附 加 給 付		有 ・ 無		
医 療 機 関 の 記 入 欄	保 険 診 療 領 収 書				
	精神保健及び精神 障害者福祉に関する 法律第20条、第33 条又は第33条の7 に係る保険診療 による自己負担額		入院 期間	自 至	年 月 日 年 月 日
		年 月 日			
	所在地 医療機関 名 称 代表者名 ㊟				