

様式第12号(第6条の7関係)

年 月 日

あて

住所  
申請者氏名 ㊟  
電話番号

精神障害者医療費助成金交付申請書

三島市総合福祉手当に関する条例第11条の7の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

受診者		保護者	
氏名	生年月日	氏名	受診者との続柄
男・女	年 月 日		
加入医療保険			
記号番号	被保険者名	保険者名称	付加給付
			有・無 計算方式
払込希望金融機関			
銀行等名称	名義人	口座種別	口座番号
		当座・普通	第 号

保険診療等領収書			
保険診療による自己負担額	円	区分	任意入院・医療保護入院
入院時食事標準負担額	日× 円 = 円	入院年月日	年 月 日
計	円	入院期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日

上記のとおり 月分を受領しました。  
年 月 日

所在地  
医療機関 名称  
代表者氏名 ㊟

市記入欄	自己負担額	控除した額			差引 助成額	病 名
		高額療養費	付加給付額	計		
	円	円	円	円	円	
付加給付額の算定						

(注)

- 1 被保険者証をお持ちください。
- 2 療養を受けた月の翌月15日までに提出してください。
- 3 申請者が保護者である場合は、保護者の欄にも記入してください。