

第1号様式（第3条第1項）

浦安市精神障がい者入院医療費助成金支給申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

郵便番号	
住所	
ふりがな	
申請者氏名	
電話	—

精神障がい者入院医療費の助成を受けたいので、浦安市精神障がい者入院医療費の助成に関する条例第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

記

				受給番号			
ふりがな				生年月日			
精神障がい者氏名							
加入 保 険	保険者名称				区分	1 被保険者（本人） 2 被扶養者（家族）	
	保険者番号		記号		番号		
	資格取得年月			附加給付	有()・無		
支払方法 窓口 レ振込	振込先	金融機関名				支店名	
		預金種目 普通・貯蓄	口座番号				名義 (加付)
添付書類 領収書(診療報酬の明細が記載されたもの)及び附加給付金通知書(付加給付のある方のみ)							

医療機関証明欄				
入 院	診療年月日	年 月 日 ~ 年 月 日		
	入院日数	日	診療報酬点数	点
	一部負担割合	%	一部負担金の額	円
	入院食事標準負担額	(円 x 円)	合計金額	円
	上記のとおり証明します。			証明手数料
年 月 日		所在地 医療機関 名称 氏名	印	

領収書を紛失した場合の医療機関証明欄

同意欄

入院医療費の助成の審査に必要な世帯全員の課税状況や高額療養費等（附加給付金その他の給付等をいう。以下同じ。）に係る事実について、市が保有する情報により確認することを同意します。

また、高額療養費等の算定に必要な世帯全員の高額療養費等の情報を加入医療保険者から受け取ることに同意します。

氏名（自署）