

受給者番号

精神障がい者入院医療費助成申請書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住所 大府市 町 番地

氏名

電話

年 月分の入院医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者記入欄

受給資格者	住 所	□申請者と同じ			手 帳	1級 2級 3級
	ふりがな	生 年 月 日		年 月 日		
	氏 名	年 月 日				
受給資格者の 加入医療保険	保険者名(保険者番号)		記号・番号		被保険者	
振 込 先	金融機関	銀行 農協 信金 支店				
	口座番号	普通・当座	フリガナ	名 義 人		

医療機関記入欄

証 明 書

上記受診者の 年 月 日 ~ 月 日の入院医療費に係る保険適用分自己負担額および医療点数（精神障がい者の医療に係る費用で食事に係るものを除く。）

金 額							円
医療点数							点

上記診療月の入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
入 院 の 日	年 月 日
精 神 疾 患 の 病 名	
入 院 の 種 類	①医療保護入院 ・ ②任意入院

上記のとおり証明します。

年 月 日  
医 療 機 関  
(精神病床を有する病院)

所 在 地  
名 称  
管 理 者 名

㊞

市 記  
入 欄

自己負担額	付 加 給 付	助 成 基 準 額	助 成 額
円	円	円	円