

精神障害者助成金支給申請書

令和 年 月 日

多治見市長

申請者	住所	多治見市		
	氏名	印		
電話番号		—	受給資格者番号	
受給資格者(患者名)				
生年月日		(T. S. H. R)	年	月 日
保険証の記号番号				
保険証の保険者番号				

年 月中に診療を受けたので助成金の支給を申請します。

※この欄は領収書が無い場合に、保険医療機関等で支払証明を受ける際に使用してください。

保 険 医 療 機 関 等 証 明 欄				
1 国保 2 社保者 3 退職者 4 後期高齢者	1. 7割 2. 8割 3. 9割 4. 定額			
診療月	年 月分			
保険点数	点			
支払金額	円			
上記金額は、領収済であることを証明する。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 開設者名 印				

振込先	金融機関名		支店名
	普通・当座	口座番号	口座名義人（カタカナで記入してください）

助成内訳	総医療費 A	法定保険給付額 B	公 費 C	控除額の計 (B + C) D	助成決定額 A - D