

# 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 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 <span style="float: right;">(印)</span>				

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