

精神障害者医療費助成金（精神通院）交付申請書

三宅町長 殿

(申請者)

住所

氏名

電話番号

対象者との続柄

下記のとおり精神障害者医療費助成金（精神通院）を申請します。
申請に当たり、対象者の助成金交付要件の確認及び助成金額の決定に関し必要な調査を行うことに同意します。

申請額 金 円

申請者記入欄	対象者	氏名											生年 月日	年 月 日生				
		住所	三宅町															
	加入医療保険	被保険者氏名											保険種別	国保・社保扶養・後期高齢				
		資格確認書等の写し	☐ 資格確認書等の写し有（下記の記入不要） ☐ 資格確認書等の写し無										付加給付等の有無 （有の場合給付額）			有（ 円）・無		
		記号・番号											資格取得（認定）年月日			年 月 日		
		保険者番号及び名称											保険者所在地					
	支払希望金融機関	☐ 初めての申請（支払金融機関の通帳の写し要） ☐ 前回申請時と異なる口座（支払金融機関の通帳の写し要） ☐ 前回申請時と同じ口座（下記の記入不要）																
		金融機関名											支店名	支店				
		口座番号	普通・当座										口座名義人					

【注1】 社保扶養の場合、被保険者の所得を証する書類（初回及び毎年8月分申請時）

医療機関等記入欄	年 月 分	総点数 点	内精神通院 公費負担点数 点	精神通院医療に 係る自己負担額	円
	上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。 医療機関等所在地 名 称 氏 名				

【注2】 医療機関等で証明が得られない場合の添付書類

- (1) 自立支援医療（精神通院）受給者証の写し
- (2) 奈良県障害者自立支援医療費自己負担上限額管理票の写し

決定					係	決裁年月日	年 月 日
						交付年月日	年 月 日
						台帳確認	
	月分	(自己負担額 円)－(付加給付及びその他控除額 円)＝助成額 円					
	月分	(自己負担額 円)－(付加給付及びその他控除額 円)＝助成額 円					
	月分	(自己負担額 円)－(付加給付及びその他控除額 円)＝助成額 円					
	月分	(自己負担額 円)－(付加給付及びその他控除額 円)＝助成額 円					
	月分	(自己負担額 円)－(付加給付及びその他控除額 円)＝助成額 円					