

令和 ●年 ●月 ●日

鎌ケ谷市長 様

住所 鎌ケ谷市〇〇1-1-1

申請者

氏名 鎌ケ谷 太郎

鎌ケ谷市精神障がい者医療費助成申請書

精神障がい者医療費の助成を受けたいので、鎌ケ谷市精神障がい者医療費助成条例第6条第1項の規定により次のとおり申請します。

助成費申請月	年 月 診療分 から		年 月 診療分									
医療機関名	〇〇病院		入院形態 ※該当口にレ のチェック	<input checked="" type="checkbox"/> 新規入院(再入院等) <input type="checkbox"/> 入院継続								
医療機関住所	鎌ケ谷市〇〇1-1-1											
精神障がい者	氏名	鎌ケ谷 太郎		生年月日	昭和31年4月1日							
	住所	鎌ケ谷市〇〇1-1-2		連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
保護者	氏名	入院費を主に支払っている方が、 精神障がい者以外の場合に、ご 記入ください。		精神障がい者 との続柄								
	住所											
	個人番号											
精神障がい者 の加入保険	保険者名	〇〇健康保険協会 〇〇支部		記号番号	〇〇 〇〇〇							
	所在地	鎌ケ谷市〇〇1-1-3		付加給付	有 ・ 無							
振込先	金融機関 名称	〇〇銀行		支店名	鎌ケ谷支店							
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇		名義人 (カタカナ)	鎌ケ谷 太郎 (カマガヤ タロウ)							

同意書

鎌ケ谷市精神障がい者医療費助成の申請に当たり、鎌ケ谷市長が必要と認めるときは、住民基本台帳及び市町村民税の課税状況並びに医療費に係る付加給付の内容について確認することに同意いたします。

本人 鎌ケ谷 太郎 印

保護者 印

※事務処理欄

受付者	市民税所得割額10万円未満	1年以上本市に住所あり

(裏面)

医 療 機 関 証 明 欄			
入院患者	氏名		生年月日 年 月 日生
	住所		
精神疾患名		入院日	年 月 日
入院期間 ※確定又は予定にレの チェックを願います	<input type="checkbox"/> 確定 年 月 日～ 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 予定		
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 氏名 印			

※領収書等では入院期間及び精神疾患による入院と判断できない場合に、上記の医療機関
証明欄をご利用ください。