

年 月 日

精神障害者医療費助成金(精神通院)交付申請書

王寺町長 殿

申請者(対象者又は保護者等)

住所

氏名 _____ 印

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。

申請額 _____ 金 _____ 円

申請者欄	対象者	氏名	男・女	生年月日	M・T S・H	年 月 日	生
		住所					
加入医療保険	被保険者氏名			保健種別	国保・社保扶養・後期高齢		
	被保険者証 記号・番号			付加給付等の有無 (有の場合給付額)	有・無		(_____ 円)
	保険者番号 及び名称			保険者 所在地			
入欄	社保扶養 の場合 被保険者 の所得	被扶養者数 (内老人 _____ 人)	所得額① 円	控除額② 円	控除後の所得①-② 円		
	支払希望 金融機関	金融機関名 口座番号	普通・当座		支店名	口座名義人	

【注1】対象者が社保扶養の場合、次の(1)及び(2)を初回及び毎年8月に添付する。

(1) 当該保険証の写し

(2) 被保険者の源泉徴収票または税務署が交付する納税証明書の写し等、所得額を証明する書類

医療機関等記入欄	平成 年 月 分	総点数	内精神通院 点	精神通院医療に 公費負担点数	精神通院医療に 係る自己負担額	円
	上記のとおり診察し、自己負担額を領収しました。					
医療機関等所在地 _____						
名称 _____						
氏名 _____ 印						

【注2】医療機関等で証明が得られない場合の添付書類

(1) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援医療(精神通院医療)医療受給者証の写し

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