

令和 年 月 日

助成金交付申請書

宇陀市長 殿

申請者（対象者又は保護者等）
住 所 _____
氏 名 _____
対象者との続柄 _____

下記のとおり精神障害者医療費助成金を申請します。

申請額 金 _____ 円

申請者記入欄	対 象 者		氏 名	男・女		生年月日	年 月 日生	
			住 所					
	加入医療保険	被保険者氏名				保 険 種 別	国保 ・ 社保家族	
		被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号				付加給付等の 有 無	有 ・ 無	
		保 険 者 番 号 及 び 名 称				保 険 者 所 在 地		
	社保家族の場合 被保険者の所得		被 扶 養 者 数	所 得 額 ①	控 除 額 ②	控除後の所得①－②		
			人	円	円	円		
	支払希望	金融機関名					支 店 名	
金融機関	口 座 番 号	普通・当座				口座名義人		

【注 1】 対象者が社保家族の場合、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	年 月分	総点数	点	内精神保健福祉法負担点数	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 _____ 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) 精神保健福祉法による患者票または精神障害者保健福祉手帳の写し
※ 平成 18 年 4 月分以降は医療受給者証
(2) 当該自己負担額を証する書類
※ 奈良県障害者自立支援医療費自己負担上限額管理表も含む

決定	年 月診療分		確 認
	(自己負担額 円)－(付加給付及びその他の控除額 円)＝助成額		円