

富山市精神障害者医療費助成申請書

年 月 日

(宛先) 富山市長

(申請者) 住所(所在地)

氏名(名称・代表者職氏名)

年 月 日生※

電話番号

精神障害者との続柄(関係)

※申請者が法人の場合、年月日生は記入不要とする。

次のとおり、精神障害者医療費の助成を申請します。

(太枠の中のみ記入し、医療機関の証明をもらってください。)

精神障害者				
住所			加入保険者名	
氏名			記号及び番号	
生年月日	年 月 日	付加給付	有・無	
振込指定口座				
金融機関名	銀行・金庫・農協・組合		本店(所)・支店(所)・出張所	
預金の種類	1 普通		2 当座	
口座番号			(カタカナ) 口座名義	
診療年月	入院にかかる保険診療費一部負担金領収額(食事療養等標準負担額を除く)	高額療養費額	付加給付額(他)	差引(自己負担実額)
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
入院初日	年 月 日	診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
<p>上記の者は、年 月から年 月までの期間、            精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 <input type="checkbox"/> 第 20 条による任意入院  <input type="checkbox"/> 第 33 条第 1 項による医療保護入院 をしており、            一部負担金領収額は、上記のとおりであることを証明する。            年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関 所在地            名称            代表者氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>				

\*医療機関の方へ 入院初日が再入院等で2年以内の期日の場合は、次の欄に以前の入院歴をご記入くださるようお願い致します。

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日

※後見人又は保佐人が申請する場合は、登記事項証明書(写し可)を添付してください(以前に添付している場合は省略可)。

※配偶者、親権を行う者、直系血族、兄弟姉妹以外の三親等以内の親族が申請する場合は、家庭裁判所から扶養義務者として指定された旨の審判書の写し又は「申立・誓約書」を添付してください(以前に添付している場合は省略可)。

# 委任状

委任者

住所

氏名

私は下記の者を代理人と定め次の権限を委任します。

精神障害者医療費助成に係る助成金の領収に関する一切の権限。

令和 年 月 日

受任者

住所

氏名

振込先

口座番号及び口座名義

普通預金