

記入例

*書き損じの場合は、二重線で訂正してください。修正液等は、使用しないでください。

申請者の口座を指定してください。
※精神障害者本人の口座を希望される場合は、裏面の「委任状」を記入してください。

一部負担金領収額は医療機関に記入してもらってください。

様式第1号
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) **富山市新桜町7番38号**
氏名(名称・代表者職氏名) **富山 一郎** 昭和15年 4月11日生※
電話番号 **443-2102**
精神障害者との続柄(関係) **父**
※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	富山市新桜町7番38号	加入保険者名	富山市国民健康保険
氏名	富山 行政	記号及び番号	〇〇〇 ●●●
生年月日	昭和45年 5月12日	付加給付	有 無
振込指定口座			
金融機関名	北日本 銀行 金庫・農協・組合 富山 本店(所) 支店(所) 出張		
預金の種類	1 普通	2 当座	
口座番号	1234567	(カタカナ) 口座名義	トミヤマ イチロウ
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	83,340円	38,940円	0円 44,400円
年 月	92,600円	48,200円	0円 44,400円
年 月	88,520円	44,120円	0円 44,400円
年 月	44,400円	0円	0円 44,400円
年 月	44,400円	0円	0円 44,400円
年 月	44,400円	0円	0円 44,400円
入院初日	年 月 日	診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
申請者は、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 checked="" type="checkbox"/> 第33条第1項による医療保護入院を 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			
医療機関		所在地	富山市今泉北部町2番地1
名称		〇〇〇〇病院	
代表者氏名		〇〇 〇〇〇	
*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

申請者の住所・氏名等を記入してください。

加入している健康保険証を見ながら記入してください。

加入の健康保険から、別に給付金の支給が受けられる場合は「有」を囲んでください。
「有」の場合は、その金額を記入してください。

加入の健康保険から高額療養費の支給を受けたときは、その金額を記入してください。

振込先口座を申請者
名義以外（精神障害
者本人の口座等）で
希望されるときは、
記入してください。

※申請者名義の口座
の場合は、記入の必
要はありません。

委任状

委任者

住所 **富山市新桜町7番38号**

氏名 **富山 一郎**

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。

年 月 日

受任者

住所 **富山市新桜町7番38号**

氏名 **富山 行政**

振込先 **北日本銀行 富山支店**

口座番号及び口座名義

普通預金 **1234567**

トミヤマ ユキマサ
富山 行政

申請者の住所・氏名を
記入してください。

振込先の口座名義人の
住所・氏名・振込先等
を記入してください。

* 書き損じの場合は、
二重線で訂正してくださ
い。修正液等は、使用
しないでください。