

精神障害者医療費助成申請書

令和 年 月 日

長岡市長 様

住所

申請者
(受給者) 氏名

下記のとおり、令和 年 月分の医療費の助成を申請します。

交付番号		保険の種別	国保・協会・組合
障害者氏名		医療機関名	
入院	入院期間 日から 日まで	自己負担額	円
	食事療養を受けた食数 食	食事療養負担額	円
通院	日	自己負担額	円
振込口座	金融機関名	銀行 農協	口座名義人 (カタカナ)
		本・支店	口座番号

※ 医療機関に支払った領収書又は証明書を添付してください。

私は、この申請に関し、高額療養費に係る自己負担限度額について、保険者に対し必要な調査をされることに同意します。

※ ここからは、記入しないでください。

	1 課税世帯		2 非課税世帯		
	高額療養費該当回数 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 多数				
入院	医療費	算式 (一部負担金-附加給付金) × 1/3 = 助成額			
		× 1/3 =			助成決定額 円
入院	食事療養費	算式 1食あたり食事療養費 × 食数 = 助成額			(長期該当日 . .)
		円 × 食 =			助成決定額 円
通院	算式 (一部負担金-附加給付金) × 1/3 = 助成額				
	× 1/3 =			助成決定額 円	