

様式第4号(第7条関係)

心身障害者入院医療費支給申請書						
豊明市長 殿					年 月 日	
金 _____ 円			住所 豊明市			
			申請者 氏名 _____ 印			
			電話 _____			
上記のとおり 年 月分心身障害者入院医療費の支給を申請します。						
手帳番号			受給資格者氏名			
手帳取得年月日	年 月 日	1級・2級・3級			生年月日	年 月 日
加入保険名	加入保険記号番号		記号番号			
下記指定口座に振り替えてください。(新規 ・ 届済み ・ 変更)						
振込口座	金融機関名		口座番号	種別	口座名義人	
	銀行 本店 信用金庫 支店 農 協 出張所			普通 当座 貯蓄	(カタカナで記入してください。)	
医療機関記入欄	証 明 書					
	上記受診者の 年 月分の入院医療費に係る保険適用分自己負担額 (精神障害の医療に係る費用で食事に係るものを除く)					
	保険点数		点	円		
	上記診療月の入院期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
	入院の日		年 月 日			
	精神疾患の病名					
	病気の症状の説明					
	入院の種類		医療保護 ・ 任意入院(措置入院を除く)			
	上記のとおり証明します。					
	年 月 日					
医療機関		所在地				
(精神病床を有する病院)		名称				
		氏名		印		
記入しないでください。						
自己負担額	高額費・附加給付金	日割	(-) × 支給基準額	過誤調整額	支給割	(-) × 支給額
		/			1/2	
前月診療分助成実績		有 ・ 無		住所を有した日	年 月 日	