

決	課長	課長補佐	係長	係
裁				

(社、国)

精神障がい者医療費助成申請書

年 月 日

十日町市長 様

住所 十日町市

申請者 氏名 (印)

下記のとおり金 円の医療費の助成を申請します。

受給者証番号	十精 一	保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
受療者氏名		被保険者氏名	
振込指定機関	銀行名	口座番号	氏名
※ 他法負担金		附加給付額	一部負担金 決定額

注1 ※印は記入しないこと。

2 この申請書は、診療を受けた翌月の10日までに福祉課へ提出してください。

領 収 書 (診療月 年 月分)

通院	年 月 日～ 月 日	診療日数	日	当月分点数	点
入院	入退院年月日 . . . ~ . . .	診療日数	日	当月分点数	点
	再入退院年月日 . . . ~ . . .				
他法負担の有無	結核予防法・精神保健福祉法 母子保健法・児童福祉法		領収済額	円	

上記のとおり領収しました。

所在地 医療機関等 名称 氏名 (印)

注 同一月中に、外来と入院があった場合には、外来分と入院分の助成申請書(領収書)が必要です。

(きりとり線)

(診療月 年 月分)

精神障がい者協力事務費申請書

年 月 日

所在地

十日町市長 様

医療機関等 名称 氏名 (印)

次のとおり申請します。

(取扱銀行名 口座番号)

記

(受給者証 番号 十精 一 受給者 様分の協力事務費)

申請額 200円(税別)

※別途、消費税を加算します

注 協力事務費の申請については、医療機関からの受給者の住所地の十日町市へ送付すること。
十日町市福祉課