様式第５号（第８条関係）

決裁	課長	課長補佐	係長	係員	担当者

精神障害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

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	－	振込先	金融機関名		
受給者氏名			口座番号		
障がい者氏名			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　　・　・　～　・　・ 再入退院年月日　　・　・　～　・　・	診療日数	日	当月分点数	点
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。

年　　月　　日

所在地

医療機関等　　名称

様　　氏名

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）

精神障害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

次のとおり申請します。

（取扱銀行名　　口座番号　　）

記

申請額　　円

受給者証　番号＿＿＿＿－＿＿＿＿

受給者　＿＿＿＿＿＿＿分の協力事務費

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