

市記入欄	保険診療による自己負担額	附加給付額	高額療養費	支給決定額
	円	円	円	円

申請者記入欄	<b>精神障害者医療費助成金支給申請書</b>											
					年 月 日							
	(宛先) 沼津市長		申請者 住 所  氏 名									
	下記のとおり精神障害者医療費助成金の支給を申請します。 また、助成金支給決定のため、対象者及びその扶養義務者等が受けるその他の医療費に対する助成 について、沼津市長が加入医療保険者等から情報を収集することについて同意します。											
	対 象 者	住 所										
		氏 名										
		生 年 月 日	年 月 日	職 業								
	加 入 保 険	保 険 者 及 び 記 号 番 号										
		被 保 険 者 氏 名										
	連 絡 先	住 所 ・ 電 話	電 話									
氏 名 ・ 続 柄		続 柄										
医 療 機 関 記 入 欄	<b>保険診療領収書（入院分のみ）</b>											
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 60%;">保険診療による自己負担額</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: right;">円</td> </tr> </table>					保険診療による自己負担額						円
	保険診療による自己負担額						円					
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20%;">診療期間 (入院のみ)</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">年 月 日</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">～</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table>					診療期間 (入院のみ)	年 月 日	～	年 月 日			
	診療期間 (入院のみ)	年 月 日	～	年 月 日								
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 30%;">入 院 の 初 日</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">所在地</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">年 月 日</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">医療機関 名 称</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">氏 名</td> </tr> </table>					入 院 の 初 日	所在地	年 月 日	医療機関 名 称		氏 名		
入 院 の 初 日	所在地											
年 月 日	医療機関 名 称											
	氏 名											
⑩												

この領収書は1か月ごとに発行してください。

(裏)

## 療養附加金支給額証明書

被 保 険 者	氏名		被保険者証 記号番号	
	住所		受診者 氏名	
診療医療機関名				
(A) 医療保険 対象総金額	保 険 給 付 額			
	(B) 法定給付額	(C) 附加金支給額	(D) 高額療養費	計 (A) - ((B) + (C) + (D))
円	円	円	円	円

上記のとおり証明します。

年 月 日

保険者名

(事業所等)

印

(宛先) 沼津市長