

戸田市精神障害者通院医療費助成金申請書

年 月 日

(宛先)  
戸田市長

(申請者) (受診者との続柄)

氏 名

住 所

電 話

下記のとおり、戸田市精神障害者通院医療費助成要綱第6条の規定に基づき申請します。

受診者	フリガナ		加入医療保険	記号番号	
	氏名				
	個人番号			保険者名称	国民健康保険・国民健康保険組合 健康保険組合・全国健康保険協会 共済組合・後期高齢者医療 その他 ( )
	生年月日	年 月 日			
住所					

自立支援医療受給者証	受給者番号		有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
------------	-------	--	------	--------------------

この申請書に、自己負担上限額管理票の写しを添付してください。

- ① 上記の写しを添付することができない場合は、医療機関で発行された医療費領収書を添付してください。
- ② 上記の写しを添付することができず、①も添付することができない場合は、下記の医療費証明書欄に医療機関からの証明を受けるか、医療機関が発行する医療費証明書を添付してください。

医療費証明書

受診者 様

診療月 年 月分

自立支援医療 精神通院 診療日数	日	自立支援医療 精神通院分点数	点	自立支援医療 精神通院分 本人負担額	円
------------------------	---	-------------------	---	--------------------------	---

上記のとおり証明します。  
年 月 日

医療機関等 所在地

名 称

印

※以下は記入しないでください。

自己負担上限額	精神通院分本人負担額	助成額
円	円	円