

## 津南町精神障害者医療費助成申請書

年 月 日

津南町長 様

申請者

郵便番号	
住 所	津南町大字
電話番号	
氏 名	

次のとおり医療費の助成を申請します。必要があるときは、受診医療機関への情報確認、加入保険の給付状況の確認をすることに同意します。

助成対象者氏名			生年月日	年 月 日生	
			申請者との続柄		
健康保険	保 険 者 名	<input type="checkbox"/> 津南町国民健康保険 <input type="checkbox"/> ( )国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会( )支部 <input type="checkbox"/> ( )国民健康保険 <input type="checkbox"/> ( )健康保険組合 <input type="checkbox"/> ( )健康保険組合 支部			
	被保険者名		記号・番号		
			付加給付	有 ・ 無	
振込指定 金融機関 (申請者口座)	銀行・信組 金庫・農協		本店 支店	預金種別	普通 ・ 当座
	フリガナ		口座 番号		
入院医療機関	名 称				
	所在地				
入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日		(計 日)		
添付資料	保険点数を確認できる領収書・明細書( 枚)				

※町 記入欄	①保険診療支払額	円	④支給決定額	①-(②+③)
	②高額療養費支給額	円		円
	③付加給付など	円		

(備考)

## 1 申請に必要なもの

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書及び明細書(原本)             | <input type="checkbox"/> 振込口座の通帳                       |
| <input type="checkbox"/> 健康保険証(対象者本人のもの)                 | <input type="checkbox"/> 申請者の身分証明書(免許証、保険証、マイナンバーカード等) |
| <input type="checkbox"/> 支給決定通知書など(高額療養費や付加給付などに該当した方のみ) |  |

2 領収書の発行から6カ月以内に申請をしてください。

3 対象となる費用は、入院時の「保険診療分」のみです。外来受診、調剤等は対象外です。

4 助成金は、保険診療支払額から高額療養費、付加給付などを控除した額となります。