

助成金交付申請書

(宛先) 樺原市長

申請額 金 円

本人記入欄	対象者	氏名	男・女				生年 月 日	年 月 日生						
		住所												
		個人番号												
	加入医療保険	被保険者氏名						保険種別	国保・社保扶養・ 後期高齢					
		被保険者証 記号・番号							附加給付等の有無 (有の場合給付額)	有・ 無 (円)				
		保険者番号 および名称	39292057 奈良県後期高齢者医療広域連合					保険者 所在地	樺原市大久保町 3 0 2 - 1					
	社保扶養 の場合 被保険者 の所得	被扶養者数	所得額①			控除額②			控除後の所得①－②					
		人 (内老人 人)	円			円			円					
	上記申請に係る金額の受領を 住所 氏名 申請者 に委任します。													
	支払希望 金融機関	金融機関名						支店名						
口座番号		普通・当座						フリガナ 口座名義人	-----					

【注】対象者が社保扶養の場合、当該保険証の写しを添付する。

上記のとおり精神障がい者医療費助成金の支給を申請します。

年 月 日 申請者 住 所

氏 名

電話番号

医療 機 関 記 入 欄	年 月 分	総点数 点	内精神通院 公費負担点数 点	精神通院医療に 係る自己負担額 円
	上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。			
	医療機関等所在地 名 称 氏 名			

決 定 欄	(自己負担額 円)－(附加給付及びその他控除額 円)＝助成額 円
-------------	----------------------------------