

精神障がい者通院医療費支給申請書

記入例

新座市長宛
(障がい者福祉課)

〇〇年 〇〇月 〇〇日

下記のとおり、新座市精神障がい者通院医療費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき申請します。

申請者 自立支援医療受給者証 をお持ちの方	フリガナ	ニイザ タロウ	自立支援医療 受給者番号 (7桁)	裏面参照
	氏名	新座 太郎		
	生年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
	住所	新座市〇〇〇 △丁目 △番 △号		
	電話	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 市役所から、医療費の申請についてお客様へご連絡する際の番号になります		
窓口に来た方	☐ 本人 ☐ 同居家族 ☐ その他 氏名 続柄()			

- ※ 本申請書は、病院、薬局ごと、月ごとに各1枚必要となります。
- ※ 申請者宛に決定通知を送付いたします。
- ※ 送付先を別途指定される方は、通知等送付先届の提出をお願いします。

口座 ※初めての 申請時のみ 記入	金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	口座名義人
	銀行 信金 信組 金庫 農協	支店 本店 出張所	1 普通 2 当座		フリガナ

※ 振込口座を変更される方は、別途口座変更依頼書の提出が必要となります。

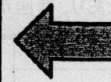
※ 医療機関記載欄(領収書を添付の場合は記載不要)

領収書(原本)添付
左端をホチキス
でとめて
ください
(のりは使用
しないで
ください)

領 収 書			
受診者		円	
診療月	年 月	診療実日数	日
保険診療総点数		点	
※自立支援医療(精神通院医療)の対象分のみ記入してください。			
上記のとおり領収しました。			
年 月 日			
医療機関等所在地			
名 称			
印			

障がい者福祉課 記入欄	低1・低2	中1・中2・一定以上	手帳有(年 月 日まで)・手帳無
----------------	-------	------------	-------------------

この7桁の番号です



自立支援医療受給者証（精神通院医療）						
公費負担者 番号	21116017		自立支援医療費 受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		
受 診 者	フリガナ 氏 名					
	性 別		生年月日		重度かつ 継続	---
	住 所	新座市				
	被保険者証の 記号及び番号					
	保険者名					
保護者 受診者が18歳 未満の場合	氏名			続柄		
	住所					
指定自立支援医療機関等	医療機関名 所 在 地 連 絡 先					
	医療機関名 所 在 地 連 絡 先					
	医療機関名 所 在 地 連 絡 先					
	医療機関名 所 在 地 連 絡 先					
	医療機関名 所 在 地 連 絡 先					
自己負担 上限額	月額	円				
有効期間	年 月 日 から		年 月 日 まで			
	(次回再認定申請受付期間)		年 月から3か月間)			
今回の申請書への意見書 (診断書)の添付の有無		(次回再認定申請時：)				
上記のとおり認定します。						
年 月 日		埼玉県知事				
受付 新座市						