

様式第1号（第4条関係）

申請受付日 月 日

精神障害者医療費助成申請書				
平成 年 月 診療分				
本人	氏名	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	榛原郡吉田町		
保護者	氏名			
	住所			
加入保険	保険の種類	国 共 健 船 政	保険証 記号番号	記号 番号
	付加給付	なし・あり（内容 ）		
口座振込	金融 機関名	銀行 信金 農協	本店 支店 支所	口座 番号
口座名義人				
吉田町精神障害者医療費助成に関する要綱により上記のとおり申請します。				
吉田町長 様 平成 年 月 日				
申請者				

* 役場記入欄

入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
A 保険診療に係 る自己負担金	B 高額療養費 支給額	C 組合健保等 付加給付額	D 助成対象額 A - (B + C)	E 助成額 D × 3 / 5
円	円	円	円	円

* 助成額に100円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てる。