

町 記 入 欄	自己負担額	控除した金額			助成基準額 (A)－(B)	助成金支給額 ※上限 30,000 円	
	(A)	附加給付額	高額療養費	計(B)			
	附加給付額の算定						
長泉町精神障害者医療費助成金支給申請書 (年 月診療分) 年 月 日 長泉町長 様 申請者 住所 氏 名 電話番号 ⑩							
受診者	氏 名				加入保 険	記 号	
	生年月日	年 月 日				番 号	
振込金融機関名					支 店 名		
口 座 番 号					口座名義人 (カ ナ)		
医 療 機 関 に よ る 証 明 欄							
保険診療による 一部自己負担額					入院の 初 日	年 月 日	
上 記 診 療 月 の 入 院 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日 (計 日間)			入院の 種 類	☐ 医療保護入院 ☐ 任意入院	
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 医療機関 名 称 代表者名 ⑩							