

様式第1号 (第3条関係)

(用紙 日本産業規格 A4 縦型)

町 記 入 欄	自己負担額 (A)	控除した金額			助成基準額 (A)－(B)	助成金支給額	
		附加給付額	高額療養費	計(B)			
	附加給付額の算定						
	市町村民税課税状況		課税・非課税				
長泉町精神障害者医療費助成金支給申請書 (年 月診療分) 長泉町長 様 申請者 住所氏名 ⑩ 電話番号 (ー)							
受診者	氏名				加入 保険	記 番 号	
	生年月日	年 月 日				保 者 名	
振込金融機関名					フリガナ		
口座番号					口座名義人		
保 険 診 療 等 領 収 書							
保険診療による 一部負担額					入院(同意) 年月日		年 月 日
					入 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	
入院時食事標準 負担額		食× 円＝ 円					
年 月 日 所在地 医療機関 名称 代表者名 ⑩							