

長泉町精神障害者（児）通院医療費助成金交付申請書

年 月 日

長 泉 町 長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ー ⑩

長泉町精神障害者（児）通院医療費助成要綱に基づき、助成を受けたいので次のとおり申請します。

受診者	氏 名			自立支援医療 受給者番号	
	生年月日	年 月 日		保 険 者 名	
口座振込先 金融機関	銀行 金庫 農協		支店	(フリガナ)	
				口座名義人	
口座種別	普通・当座	口座番号			
付加給付	有 ・ 無				
自 己 負 担 額 月 別 内 訳					
年 月分		円	年 月分		円
年 月分		円	年 月分		円
年 月分		円	年 月分		円
合計自己負担額			円		
申請額（合計自己負担額×1／2）			円		
町記入欄	保険診療等の 一部負担額	控 除 額 付加給付等		自己負担額 (控除後)	支 給 額
	円	円		円	円
	付加給付額の算定				

添付書類：自己負担上限額管理票又は領収書