様式第6号(第6条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 決定番号 | |  |
| 精神障害者通院医療費助成請求書(兼福祉医療費助成申請書) | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ | |  | | | | 生年月日 |
| 氏名 | |  | | | | 年　　月　　日 |
| 自立支援医療受給者番号 | |  | | | | |
| 福祉医療費医療証 | | 有　・　無 | 受給者番号(　　　　　　　　　　　) | | | |
| 病院・診療所 | | 名称 |  | | | | |
| 助成期間 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日までの間 | | | | |
| 薬局 | | 名称 |  | | | | |
| 助成期間 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日までの間 | | | | |
| デイケア・訪問看護 | | 名称 |  | | | | |
| 助成期間 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日までの間 | | | | |
| 障害者総合支援第法58条第3項に示される自立支援医療費の額(自己負担額) | | | 円 | 助成額  　(実質的負担額の1／2以内) | | 円 | |
| 実質的負担額  (他の助成制度利用後) | | | 円 |
| 振込先口座  (該当の数字に○) | | | 1．新規・変更  　　(別途債権者登録の手続が必要です。  　　　通帳、印鑑をお持ちの上、窓口にお尋ね下さい。) | | | | |
| 2．前回と同じ | | | | |
| 上記のとおり請求(申請)します。  　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　安来市長　様  請求者(受給者)　※受診者が18歳未満の場合は保護者  住所  氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記名押印又は署名）  電話　(　　　　)　　　― | | | | | | | |

※本申請書をもって福祉医療の適用について調査し、該当者には助成をさせていただきます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※市町村記載欄 | 振込先情報 | | 福祉医療情報 | | | |
| 金融機関名 | 銀行　　　　支店・出張所  農協　　　　支所・代理店 | 課・非 | | 年　　月～　　年　　月 | |
| 課・非 | | 年　　月～　　年　　月 | |
| 預貯金種別 | 普通　当座　その他(　　　　) | 備考 |  | | 確認 |
| 口座番号 |  |  |
| 口座名義人(カナ) |  |