

## 精神障害者医療費助成申請書

令和 年 月 日

長岡市長 様

住所	長岡市幸町 2-1-1
申請者 (受給者) 氏名	長岡 太郎

下記のとおり、令和 年 月分の医療費の助成を申請します。

交付番号	17 - 1	保険の種別	国保・協会・組合
障害者氏名	長岡 一郎	医療機関名	
入院	入院期間 日から 日まで	自己負担額	円
	食事療養を受けた食数 食	食事療養負担額	円
通院	日	自己負担額	円
振込口座	金融機関名	口座名義人 (カタカナ)	ナガオカ タロウ
	第四北越 銀行 農協 長岡市役所 本・支店	口座番号	1234567

※太枠内を記入してください

※ 医療機関に支払った領収書又は証明書を添付してください。

私は、この申請に関し、高額療養費に係る自己負担限度額について、保険者に対し必要な調査をされることに同意します。

※ ここからは、記入しないでください。

入院	1 課税世帯	2 非課税世帯
	医療費	高額療養費該当回数 1回・2回・3回・多数
	算式 (一部負担金-附加給付金) × 1 / 3 = 助成額	
	× 1 / 3 =	助成決定額 円
食事療養費	算式 1食あたり食事療養費 × 食数 = 助成額	(長期該当日 . . . )
	円 × 食 =	助成決定額 円
通院	算式 (一部負担金-附加給付金) × 1 / 3 = 助成額	
	× 1 / 3 =	助成決定額 円