

心身障害者医療費助成金交付申請書

(あて先) 千葉市長

年 月 日

申請者 住所 〒 —

氏名

連絡先 ()

次のとおり心身障害者医療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

【対象者記入欄】

受給者番号								加 入 健康保険	名 称			
精神障害者保健福祉 手帳の有効期限		年 月 日							記号・番号			
対 象 者	フリガナ							生年月日	大・昭 年 月 日 平・令		申請者 との 続柄	
	氏 名											
	住 所											
申請種別		☐	① 5回(5日)目以降の一部負担金					☐	② ①以外		←どちらかに ☒ してください。	

※申請書には、医療機関発行の領収書(診療内容のわかるもの)を添付してください。
(申請種別①の場合には、4回(4日)目までの領収書も合わせて添付してください。)

※申請種別①：領収書がない場合のみ、裏面の医療機関証明欄に医療機関の証明を受けてください。
申請種別②：領収書がない場合、若しくは、領収書で、受診した日付と各日の一部負担金の額が確認できない場
合に、裏面の医療機関証明欄に医療機関の証明を受けてください。

※高額療養費や附加給付等、健康保険から給付があった場合は、各保険者(組合等)の給付決定通知書等を添付して
ください。

【千葉市記載欄】

(A) 保険請求の 自己負担額	(B) 高額療養費控除額	(C) 附加給付 控除額	(D) 一部負担金 控除額	(E) (A)－(B)－(C)－(D) 差引額	(F) 証明 手数料	(E)＋(F) 医療費助成額
円	円	円	円	円	円	円
(高) 回数()・課税 非課税 ・ 多 ・ 世						
手数料 件数	計 件	支給 件数	計 件	合計 金額	計 円	枚数 枚

医療機関証明欄

年 月診療分		診療科目		氏名	(歳)		
診療日数	外来	日		入院	日	手数料	
医療保険総点数	外来	点		入院	点		
本人一部負担金		円					
※申請種別①の場合は下記に受診日と各日の一部負担金の額を記載してください。 上記及び下記のとおりであることを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 氏 名 (※) (※)法人の場合は、記名押印してください。法人以外でも、法人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。							

()年()月受診日及び一部負担金額

[illegible]