

第1号様式（第3条関係）

（表面）

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

住所
申請者
氏名

鎌ヶ谷市精神障がい者医療費助成申請書

精神障がい者医療費の助成を受けたいので、鎌ヶ谷市精神障がい者医療費助成条例第6条第1項の規定により次のとおり申請します。

助成費申請月		年 月 診療分 から				年 月 診療分			
医療機関名						入院形態 ※該当□にレ のチェック		<input type="checkbox"/> 新規入院(再入院等) <input type="checkbox"/> 入院継続	
医療機関住所									
精神障がい者	氏名					生年月日		年 月 日生	
	住所					連絡先			
	個人番号								
保護者	氏名					精神障がい者 との続柄			
	住所								
	個人番号								
精神障がい者の加入保険	保険者名					記号番号			
	所在地					付加給付		有 ・ 無	
振込先	金融機関 名称					支店名			
	口座番号					名義人 (カタカナ)			

同意書

鎌ヶ谷市精神障がい者医療費助成の申請に当たり、鎌ヶ谷市長が必要と認めるときは、住民基本台帳及び市町村民税の課税状況並びに医療費に係る付加給付の内容について確認することに同意いたします。

本人 _____ 印

保護者 _____ 印

※事務処理欄

受付者	市民税所得割額 10万円未満	1年以上本市に住所あり

(裏面)

医 療 機 関 証 明 欄			
入院患者	氏 名		生年月日 年 月 日生
	住 所		
精 神 疾 患 名		入 院 日	年 月 日
入 院 期 間 ※確定又は予定にレの チェックを願います	<input type="checkbox"/> 確定 年 月 日～ 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 予定		
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 医療機関 名 称 氏名 印			

※領収書等では入院期間及び精神疾患による入院と判断できない場合に、上記の医療機関
証明欄をご利用ください。