

船橋市精神障害者入院医療費助成申請書

年 月 日

船橋市長 あて

申請者住所

ふりがな

申請者氏名

受診者との続柄

電話番号

年 月分医療費の助成を受けたいので次のとおり申請します。

ふりがな			
受診者氏名			生年月日 年 月 日生
住所			
被保険者証 発行機関	名称		記号番号
	所在地		付加給付 有・無
振込依頼 金融機関名	銀行 支店 預金種別 普通・当座・貯蓄 ふりがな 口座名義人	口座番号	
備考			

※注

- 令和3年4月以降に入院された医療費の助成は精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方が対象です。
- 申請者あてに振込のお知らせ(精神障害者入院医療費助成可否決定通知書)を郵送します。長期入院等で本人不在の場合は、送付先を申請者として記入してください。
- 金融機関の口座内容は預金通帳等にて確認のうえ、正確に記入してください。誤記された場合は手続きの都合により入金が遅くなりますのでご了承ください。
- 振込先をゆうちょ銀行で希望し支店名が不明な場合は、記号番号を全て記入してください。
- 新規申請時及び加入している健康保険組合等が変更になった場合は、必ず新しい保険証のコピーを添付して下さい。
- 診療月より2年以内に申請してください。