

第3号様式（第4条関係）

富士市精神障害者医療費助成金支給申請書

年 月 日

（宛先） 富 士 市 長

住 所
受給資格者
氏 名

㊟

精神障害者医療費助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者氏名		(男・女)	認定番号	
受診者生年月日		年 月 日	保険者番号	
療 養 内 容 等	傷病名		診療日数	年 月 日から 年 月 日まで 入院実日数 日間
	診療報酬請求点数	点	療養を受けた 医療機関	
	他法による負担	点		
	法第31条による徴収金			

* 審 査 欄	①診療に要した費用	円	助成金支給額	円
	②保険者負担額	円		
	③公費・他法負担額	円	付加給付額の算定	
	④付加給付額	円		
	⑤支給申請額	円		

* 印欄は、記入しないでください。