

記入例

● 申請書裏面のチェックリストも参考にしてください。

選択してください

第1号様式（第4条、第6条関係）

柏崎市長 様

精神障害者医療費助成受給者証交付（更新）申請書

申請者＝受給者＝口座名義人です（認印）

申請した月の入院分から助成の対象になります。
入院証明は、申請日と同じ月の日付でお願いします。

年 月 日

住 所 柏崎市

氏 名

次のとおり、受給者証の **新規交付** / **更新交付** を申請します。

受給者 (申請者)	氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所	〒 柏崎市				送付先	有 無
	受療者との続柄			電話番号			
	助成金振込口座	金融機関	銀行 信金 農協 信組 ()		支店 ()		
口座番号		普通		口座名義人 (カタカナ)			
受療者 (障害者)	フリガナ氏名			生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		
	住 所	〒 柏崎市					
	医療保険	保 険 者			附 加 給 付	有 ・ 無	入院医療機関
記号・番号							
被 保 険 者 (組合員)							

送付先の希望は裏面に記入してください

※医療機関記入欄

入院証明	患者氏名			入院開始日	年 月 日	
	上記のとおり、精神病棟に入院していることを証明します。					
	医療機関	所在地名称代表者		年 月 日		Ⓧ

入院証明は医療機関に記入してもらってください

申請する月の日付で証明してもらってください

記入漏れにご注意ください。

国保の場合、
保険者は「柏崎市」、
記号・番号は「柏崎-*****」、
被保険者は世帯主です。