

記入例

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。

申請者＝受給者＝口座名義人です。

第1号様式（第4条、第6条関係）

精神障害者医療費助成受給者証交付（更新）申請書

柏崎市長 様

住所 柏崎市

氏名

年 月 日

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	
	住所	〒 柏崎市		附加給付	有・無	
	医療保険	保険者 記号・番号 被保険者 (組合員)			入院医療機関	
※医療機関記入欄	入院氏名			入院開始日	年 月 日	
	入院証明	医療機関 所在地 名称 代表者		上記のとおり、精神病床に入院していることを証明します。 年 月 日		

「有」は裏面に記入してください。

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。

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。