

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

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		
	住所	〒 柏崎市					
	医療保険	保険者			附加給付	有・無	
	記号・番号					入院医療機関	
	被保険者 (組合員)						
※医療機関記入欄	入院氏名			入院開始日	年 月 日		
	証明	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	
	医療機関	所在地名称代表者				印	

「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。