第１号様式（第５条関係）

流山市精神障害者入院医療費支給申請書

年　　　月　　　日

　(宛先)流山市長

住所

申請者　氏名

電話番号

　私は、精神障害者入院医療費の支給を受けたいので、流山市精神障害者入院医療費支給規則第５条の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神障害者 | 住所 | 〒 | | | | | | | | | 電話 | | （　　　） | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | 保護者との  続柄 | | | |  | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | | |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | 性　別 | | | 男・女 | | | | | |
| 保護者 | 住所 | 〒 | | | | | | | | 電　話 | | | （　　　） | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | | | | |
| 精神障害者が加入する健康保険 | | 保険者名 | |  | | | | | | 記号番号 | | |  | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | 附加給付 | | | 有・無 | | |

流山市精神障害者入院医療費支給に係る支給金を下記口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 銀行  信用金庫  信用組合 | | 本店  支店  出張所 | | 種目 | 口座番号 |
| 1普通  2当座 |  |
| フリガナ | |  | | | |
| 口座名義人 | |  | | | |
| 金融機関コード |  | | 店舗コード | |  |

裏面に続く

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関証明欄 | | | | | | | | | | | |
| 入院患者氏名 | 男・女 | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 入院年月日 | 年　　月　　日 | | | | 受領対象  入院期間 | （　　　年　　月診療分） | | | | | |
| ・退院　　　年　　月　　日  ・入院継続中  （　　　年　月　日現在） | | | | | |
| 精神疾患名 |  | | | | | 該当月の入院日数 | | | | | 日 |
| 被保険者  記号番号 |  | | 保険種別 | 国保・社保・高齢  その他（　　　） | | | | 扶養区分 | | 本人・家族 | |
| 公費負担額の有無 | | 有・無　（名称） | | | | | | | | | |
| 精神疾患保険診療  総点数 | | 年　　月分　　　　点 | | | | | 左のうち  公費負担分 | | | | 点 |
| 年　　月分の精神疾患による入院医療費(医療点数)は､上記のとおりです。  医療機関の所在地  名称及び代表者 | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 私は、流山市精神障害者入院医療費支給申請に当たり、構成世帯員の課税状況について、障害者支援担当課職員が課税担当課の資料を閲覧することに同意いたします（保護する精神障害者の保護者の世帯員全員及び精神障害者の属する世帯員全員の同意）。 | |
| 保護者の属する世帯の世帯員氏名（続柄） | 精神障害者の属する世帯の世帯員氏名（続柄） |
| （　　　　） | （　　　　） |
| （　　　　） | （　　　　） |
| （　　　　） | （　　　　） |
| （　　　　） | （　　　　） |
| （　　　　） | （　　　　） |
| （　　　　） | （　　　　） |

＜添付書類＞

（１）精神障害者保健福祉手帳の写し

（２）精神障害者が加入する医療保険の保険証の写し

（３）保護者の属する世帯の世帯員及び精神障害者の属する世帯の世帯員の入院に係る医療費の領収の日の属する年度分の市民税所得割額を証する書類又は同意書

（４）当該入院に係る医療費の支払いを証する書類

＜市記入欄＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人支払額① | 高額療養費② | 附加給付金③ | 対象額①－②－③ | 支給対象額×１/４ |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |