第１号様式（第５条関係）

（表）

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者 | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | 電話 | | | （　　　） | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | |
| 精神障害者が加入する健康保険 | | 保険の種類 | | | □国民健康保険　　　　　□後期高齢者医療  □社会保険　　 　　　　□社会保険（共済） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附加給付の有無 | | | □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

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |
| 健康保険  記号番号 |  | | 保険種別 | 国保・社保・後期  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、市民税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（精神障害者の保護者及び当該精神障害者の同意）。 | | |
| 保護者の氏名  （署名又は記名押印） | 続柄 | 精神障害者の氏名  （署名又は記名押印） |
|  |  |  |

＜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健康保険の資格情報がわかる書類

（３）保護者及び精神障害者の、この申請に係る当該精神障害者が入院をしていた月の属する年度分（入院をしていた月が４月から７月までの場合にあっては、前年度分）の市民税所得割額を証する書類（上記同意欄に同意しない場合に限る。）

（４）当該入院に係る医療費の支払いを証する書類及び給付等の助成状況を明らかにする書類

（５）精神障害者との関係がわかる書類（支給対象者が保護者である場合に限る。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

＜市記入欄＞

※規則第４条の規定により100円未満切捨　　　　　　　 円（上限10,000円とする）