

様式第4号(第4条関係)

課長	課長補佐	係長	係

記入例

令和 元年 10月 1日

精神医療入院費助成申請書

(あて先)村上市長

申請者 住所 村上市三之町1-1-1

氏名 村上 太郎



(受給資格者氏名 同上 )

次のとおり金 円の医療費の助成を申請します。

対象の年・月		精神入院医療入院費一部負担金領収書		保険証の種類	
令和 元年 9 月分		国保・社保		後期	
公費負担額		精神		点	
診療報酬請求点数		一部負担金(注)		助成決定額	
点		円 *		円	
上記のとおり一部負担金を徴収いたしました。					
年 月 日					
様					
医療機関等 住所					
名称					
氏名					

※ この申請書は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条の規定に該当する者が、同法第19条の7及び第19条の8の規定による病院で受けた入院医療費を助成するものです。

※ \*印の欄は、記入しないこと。

(注) 一部負担金には、薬剤の一部負担金は含まないで記入してください。