様式第4号(第4条関係)

精神障がい者医療費交付申請書

年　　月　　日

　　新潟県燕市長　　　様

住所　燕市

申請者

氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

（電話番号　　　　－　　　－　　　　）

　　次のとおり申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 精神障がい者  受給者証番号 |  | 保険者名 |  |
| 氏名 |  | 記号番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 申請者との続柄 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受領書  ￥  ただし、　　　　年　　月分保険診療自己負担金 | | | | | | |
|  | 診療報酬請求実数 | 点 | | 主たる病名 |  |  |
| 区分  （診療実日数） | 入　院 | 入院外 | 四公費 | 県老・県障・県親・子ども |
| （　　日～　　日） | (　　　日） | 自立支援 | 有　・　無 |
| 年　　月　　日  所在地  医療機関等　　名　称  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |

