



精神障害者医療費助成金支給申請書

木更津市長 渡辺 芳邦様

令和 年 月 日

□□□ — □□□□

住所

申請者 (手紙の送付先)

氏名

電話番号 ( )

次のとおり精神障害者医療費助成金の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。

Table with columns for Recipient (受給者), Insurance (保険), and Payment (振込先). Includes fields for name, ID, birth date, address, insurance type, and bank details.

※上欄は必ず申請者が記入し、下欄は医療機関で証明を受けてください。

Table for Medical Institution Certificate (医療機関証明書). Includes fields for illness name (病名), treatment days (診療実日数), insurance request points (保険請求点数), and limits (限度額区分).

※事務処理欄は記入しないでください。

Table for Administrative Processing (事務処理欄) and Confirmation (受付確認事項). Includes fields for partial burden, high-cost care, and confirmation checkboxes.