

様式第1号（第6条関係）

市川市精神障害者入院医療費助成金交付申請書

年 月 日

市川市長

申請者	住所		
	フリガナ氏名		続柄
	電話番号		

市川市精神障害者入院医療費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

助成対象者	住所				
	フリガナ氏名	生年月日	年 月 日		歳
		電話番号			
保護者	住所				
	氏名	助成対象者との続柄	電話番号		
加入保険	名称				
	記号	番号			
手帳の等級	級（有効期間 年 月 日）		※申請中		
医療機関名			入院科名		
診断名			入院日		
備考					

重要

助成金を交付するに当たっては、助成金の受給資格の有無を審査するための必要な要件があります。受給資格の有無を確認し、又は審査するため、下記の項目について市長が確認することに同意する場合は、□に「レ」を記入してください。

なお、同意しないときは、受給資格を満たすことを証する書類の提出が必要です。

- 住民基本台帳法に基づく記録を確認することを同意します。
- 市町村民税の課税状況を確認することを同意します。
- 加入している健康保険の保険者に助成金の請求のあった月の高額療養費支給額を確認することを同意します。
- 助成金の請求のあった月の診療科目又は診断名を医療機関に照会することを同意します。