

精神障がい者入院医療費助成申請書

年 月 日

釧路市長 あて

申請者 (保護者)	住所	
	フリガナ	
	氏名 (口座名義人)	

医療費の助成を受けたいので、必要書類を添えて申請します。

受給者番号			
受給者氏名		受給者 生年月日	
加入保険			
入院期間	年 月 日 ~	年 月 日	日間

振込先

金融機関名			
口座 種別・番号	普通		
口座名義人 (フリガナ)			

自己負担額	高額療養費	付加給付
円	円	円

受付印
