

記入例

第1号様式（第3条関係）

上越市精神障害者入院医療費助成認定申請書

令和〇年〇月〇日

（宛先）上越市長

住 所 上越市木田 1-1-3

氏 名 上越 太郎

電話番号 025-526-5111

「申請者」は入院しているご本人の住所と氏名を記入してください。

次のとおり精神障害者の入院に係る医療費の助成の認定を申請します。

助成対象者	氏名	上越 太郎	性別	男・女	生年月日	S50 年 1 月 1 日						
	住所	上越市木田 1-1-3										
	個人番号											
障害の内容	精神障害者 保健福祉手帳	交付年月日	H25.4.1		手帳番号	2261111		有効期限	R9.4.1		等級	2 級
	療育手帳	交付年月日			手帳番号			有効判定	障害の程度			
								有（ ）・無	A・B			
振込指定機関	口座名義人		金融機関名	〇〇銀行			支店名	〇〇支店				
	フリガナ	ジョウエツ タロウ										
	氏名	上越 太郎	口座番号	1	2	3	4	5	6	7		
連絡先	住所	上越市木田 1-1-3										
	氏名	上越 一郎	電話番号	025-526-5111								

「振込指定機関」について

入院しているご本人名義の金融機関の情報を記入してください。

※申請書を提出の際に口座番号を確認させていただきますので、金融機関の

口座情報が分かるもの（通帳または通帳の写し）をご持参ください。

また、郵送される場合は、通帳の写しを添付してください。

上越市精神障害者入院医療費助成の認定の決定のため、福祉課の職員が行う以下の事項について承諾します。

(1) 本人並びに本人と同一の世帯に属する配偶者及び扶養義務者全員に係る課税関係書類の閲覧

(2) 入院状況に係る医療機関への照会

助成対象者氏名 上越 太郎

備考

1 認定の審査に課税内容及び入院状況の確認が必要となりますので、署名又は記名押印をしてください。

2 (1)に承諾しない場合又は本市が保有する情報で確認できない場合は、所得課税証明書を添付してください。

※ ここから下は、医療機関で記入してもらってください。

入院証明	入院者氏名										
	入院開始日	年 月 日									
	上記のとおり精神病床に入院していることを証します。年 月 日										
	医療機関 住所 名称 氏名	◎									

「入院証明」について

入院先の医療機関で入院証明をもらってください。