第４号様式（第８条関係）

精神障害者医療費届出書

年　　月　　日

　富津市長　様

届出者　住　所

氏　名

電　話

　　　　　年　　月分の精神障害者医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 氏 名 | □届出者と同じ |
| 住 所 | □届出者と同じ | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 加入医療保険 | 保険者名 |  | 記号番号 |  |
| 給付に関する事項 | 同一世帯で前12箇月以内に３回以上の高額療養費該当の有無 | 有　・　無 |
| 付加給付及び国等が法令等の規定により公費で負担する制度による給付の受給の有無 | 有　・　無 |
| 第三者行為による傷病の有無 | 有　・　無 |
| 添付書類 | 領収書 |  |
| 高額療養費・付加給付等証明書 |  |
| 精神障害者医療費計算書 |  |

注１　この届出書に医療費の明細が分かる領収証を添付して提出してください。

　２　医療費の明細が分かる領収証がない場合は、精神障害者医療費計算書が必要となります。

　３　届出時に被保険者証を提示してください。

　４　支給日は、高額療養費等の支給状況確認のため、医療の給付のあった月から３箇月後以降になります。

　５　この助成制度のほか、医療保険各法の高額療養費、付加給付、その他法令等の規定により国等から医療費の助成等を受けることができる場合は、助成金の減額又は返還を求める場合があります。