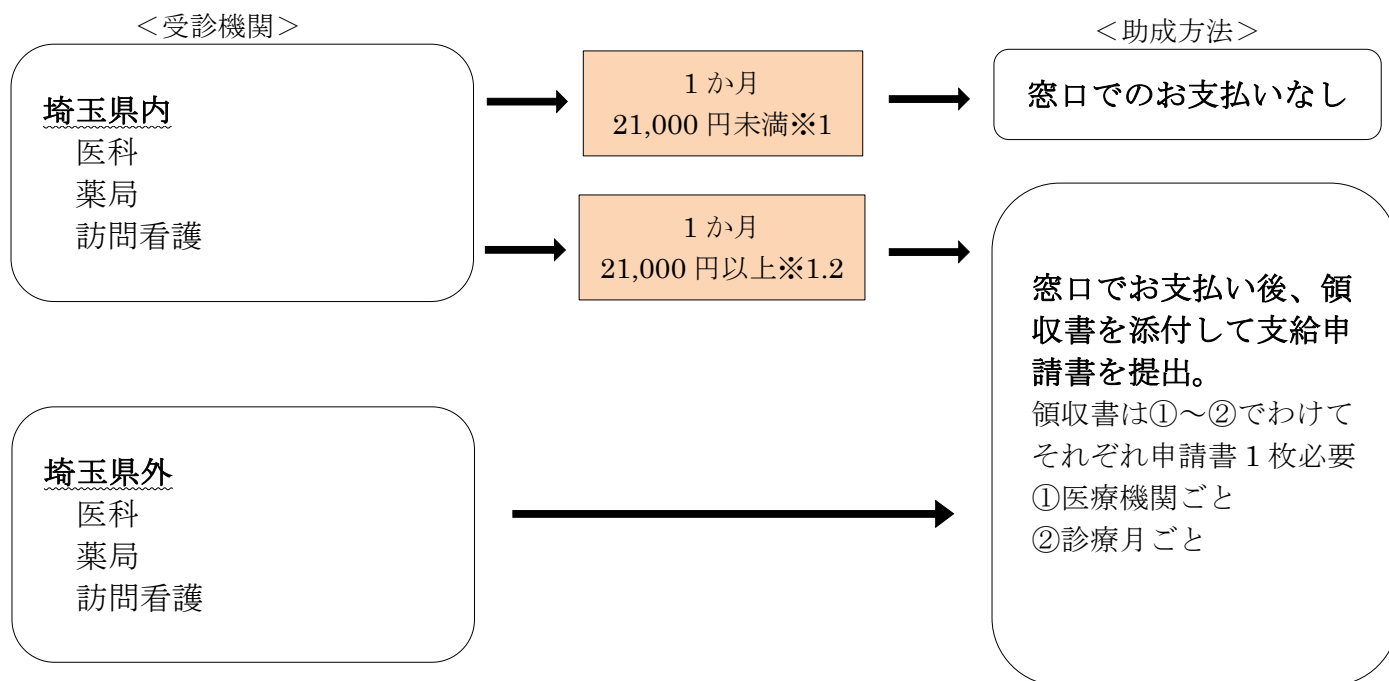


(自立支援医療（精神通院））

重度心身障害者医療費助成について

助成を受ける際は、医療機関の窓口で健康保険証と併せて、重度心身障害者医療費受給者証と自立支援医療受給者証（精神通院）・上限額管理表を必ず提示してください。



※1 1ヵ月1医療機関別で自立支援医療（精神通院医療）の本人負担分。

※2 21,000 円以上の支払いで本庄市の国民健康保険以外の健康保険に加入されている場合は、附加給付金、高額療養費が支給されるかご確認いただき、各健康保険からの支給決定通知書等を申請時に提出してください。

<助成金額の計算及び振込時期について>

医療費助成金は、自立支援医療（精神通院医療）のから、ご加入の健康保険より支給される附加給付金、高額療養費を控除した金額です。附加給付金、高額療養費の支給が見込まれる場合には、健康保険からの支給額が確定するまで医療費助成金の振込ができません。

振込は、毎月 15 日までに申請のあったものを、翌月の 15 日（15 日が休日の場合はその前の平日）に行います。ただし、附加給付金、高額療養費、その他の確認を要する場合は遅くなることがあります。なお、医療費の支払い日の翌日から 5 年を経過すると助成できません。

<申請書の提出先>

本庄市役所 障害福祉課 (TEL : 0495-25-1125)

児玉総合支所 支所市民福祉課福祉係 (TEL : 0495-71-5889)

障 重度心身障害者医療費支給申請書(精神通院医療費)

年 月 日

(あて先) 本庄市長

住 所 本庄市本庄3-5-3
氏 名 本庄 太郎
電 話 (25) 1111

下記のとおり医療費を申請します。

受給者	受給者番号	2××××××× (受給者証の2から始まる7桁の番号)						加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名	本 庄 太 郎
	自立支援医療受給者番号	×	×	×	×	×	×			
	フリガナ	ホンジョウ タロウ							記号・番号	本 庄 1 1 1 1 1 1 1 1 (保険証に記載されている記号番号)
	氏 名	本 庄 太 郎								
	生年月日	S45年 4月 1日							名 称	本 庄 市 健保・ <u>国保</u> ・共済協会けんぽ