

別記様式第2号(第2条関係)

<p><b>精神障がい者福祉手当診断証明書</b></p> <p style="text-align: right;">住 所 佐野市 町 番地</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">生年月日 T.S.H 年 月 日</p>	
病 名	
任意入院	該当する・該当しない
医療保護入院	該当する・該当しない
措置入院	該当する・該当しない
保険診療に伴う本人 の一部負担状況	有 ・ 無
<p>上記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 住所</p> <p style="text-align: center;">病院名</p> <p style="text-align: center;">医師名 印</p> <p>佐野市長様</p>	

- 1、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 29 条に該当しない症状であって、同第 22 条の 3 及び第 33 条第 1 項に該当していて、国または地方公共団体の負担による費用の給付が受けられない方が、手当支給の対象になります。
- 2、任意入院に該当する場合は、入院の際に必要な契約書の写し等(申請者が扶養義務者であることの証明書)が必要になります。
- 3、医療保護入院に該当する場合は、家庭裁判所の審判の写し(申請者が保護義務者であることの証明書)が必要になります。

申請者はこの証明書、障がい者本人の保険証、受給者の預金通帳(郵便局以外)、印鑑を持参してください。