

第1号様式 (第3条関係)

精神障害者医療費受給資格証交付(更新)申請書					
対 象 者	フリガナ	居住地(住所)			
	氏 名				
	生年月日	個人番号			
配 偶 者	氏 名	住 所			
		個人番号			
扶養義務者	氏 名	住 所			
	対象者との続柄	個人番号			
所 得 状 況		対 象 者	配 偶 者	①扶養義務者	
② 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数(対象者の所得状況欄については、70歳以上の同一生計配偶者又は老人扶養親族、特定扶養親族及び控除対象扶養親族のうち年齢16歳以上19歳未満の者)の合計数)		人 (うち老人 人) (うち特定 人)	人 (うち老人 人) (うち特定 人)	人 (うち老人 人) (うち特定 人)	
③ 所 得 額		円	円	円	
④ 控 除	雑 損	円	円	円	
	医 療 費	円	円	円	
	社 会 保 険 料	円	円	円	
	小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金	円	円	円	
	配 偶 者 特 別	円	円	円	
	障害者(特別障害者を除く。)である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	※ 円	※ 円	※ 円	
	特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	※ 円	※ 円	※ 円	
	障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	※ 円	※ 円	※ 円	
肉用牛の売却による農業所得についての免除額	円	円	円		
※ 控 除 後 の 所 得 額		円	円	円	
⑤ 加 入 医 療 保 険	被保険者氏名	対象者との続柄		住所	
	保険種別	国(市町村・退・組) 健(協会・組・日)・船・共	本人 家族	被保険者証 の記号番号	
	保険者番号 及び名称				
⑥ 交 付 申 請 事 由	1 精神障害者になったため		4 その他()		
	2 転入してきたため		(交付事由発生年月日)		
	3 保険に新たに加入したため		年 月 日		
※ 審 査		認 定 ・ 却 下			
上記のとおり、精神障害者医療費受給資格証の交付を申請いたします。					
年 月 日					
申請者 住 所					
氏 名					
電話番号					
香芝市長 様					
(注) 1 ※印の欄は、記入しないでください。					
2 字は、楷書ではっきり書いてください。					

(裏面)

精神障害者医療費受給資格の申請及び精神障害者医療費助成金の支給にあたり、以下のことを確認し、同意します。

- ・本受給資格申請の審査を受けるために必要な、所得等の情報を閲覧・使用すること。
- ・療養の給付に係る自己負担金について高額療養費の支給を受けることができる場合、被保険者証、精神障害者医療費受給資格証及び当該診療に係る診療報酬明細書等について、医療機関等が写しを渡し、香芝市長に提出すること。
- ・本助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。

年 月 日
香芝市長 様

申請者 住所
氏名

なお、助成金は下記口座に振り込んでください。

年 月 日
香芝市長 様

申請者 住所
氏名

口座振替依頼欄	金融機関名			支店名	
	金融機関コード			店舗コード	
	預金種別	普通・当座・その他	口座番号		
	名義人	フリガナ			

(委任状) 私は、 申請者の住所、氏名 代理人の住所、氏名	を代理人と定め、次の権限を委任する。 精神障害者医療費助成金の受領に関すること。	㊟ ㊟
--	---	--------