

第1号様式（第5条、第7条関係）

精神障害者医療費受給資格（後期高齢者）認定（更新）申請書

対象者	後期高齢者医療被保険者番号									氏名	
	後期高齢者医療被保険者番号									生年月日	年 月 日

所得状況		①助成対象者	②配偶者及び扶養義務者	
氏名				
個人番号				
③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特定扶養親族、老人扶養親族の合計数））		人 (人)	人 (人)	人 (人)
④所得額		円	円	円
⑤金品等の額		円	円	円
⑥ 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	※ 人 円	※ 人 円	※ 人 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	※ 人 円	※ 人 円	※ 人 円
障害者・特別障害者・寡婦・ひとり 親・勤労学生の別	障・特障・寡婦・ ひ・勤 ※ 円	障・特障・勤 ※ 円	障・特障・寡婦・ ひ・勤 ※ 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

⑦ 申請事由	1. 精神障害者になったため	4. その他（ ） （事由発生年月日） 年 月 日
	2. 転入してきたため	
※ 審査	3. 後期高齢者医療制度に加入したため 認定・却下	

上記のとおり精神障害者医療費受給資格（後期高齢者）の認定及び精神障害者医療費助成金（後期高齢者）の支給を申請します。
年 月 日

申請者
住 所
氏 名
電話番号

香芝市長 様

※印は、記入する必要はありません。

(裏面)

精神障害者医療費受給資格（後期高齢者）の認定申請及び精神障害者医療費助成金（後期高齢者）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。
- ・本助成金の算出のため、精神障害者医療費受給資格（後期高齢者）の情報を、奈良県後期高齢者医療広域連合に提供すること。
- ・本助成金の算出のため、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）による後期高齢者医療の給付に関する情報を利用すること。
- ・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		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（後期高齢者）の受領に関すること。	印 印
--	--	--------