

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

年 月 日

香芝市長

住 所

氏 名

電 話 番 号

精神障害者医療費受給資格証の交付について、裏面の同意欄の記載事項に同意した上で、次のとおり申請します。

対 象 者	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	続 柄	
	フリガナ		生年月日	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	個人番号	
配 偶 者	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	続 柄	
	フリガナ		生年月日	
	氏 名		個人番号	
扶 養 義 務 者	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	対 象 者 との 続 柄	
	フリガナ		生年月日	
	氏 名		個人番号	

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	記号番号		
	保 険 者 番 号 及 び 名 称					

申 請 事 由	<input type="checkbox"/> 精神障害者になったため <input type="checkbox"/> 転入してきたため <input type="checkbox"/> 保険に新たに加入したため <input type="checkbox"/> その他（ （交付（更新）事由発生年月日 年 月 日）
※審 査	<input type="checkbox"/> 認 定 <input type="checkbox"/> 却 下

備考

- 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)

同意欄

- ☐ 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当たり、以下の全ての事項に同意します。
- 1 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香芝市が閲覧し、及び使用すること。
  - 2 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、医療機関等が診療報酬明細書及び本医療費受給資格証等の写しを徴し、香芝市長に提出すること。
  - 3 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。

口座振替依頼欄

金融機関名	銀行 農協 信用金庫	支店名	本店 支店 出張所
金融機関コード		店舗コード	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ( )	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			
<input type="checkbox"/> 既に登録されている口座への振替を依頼します。(更新の場合)			

委任欄

私は、次の者を代理人と定め、精神障害者医療費助成金の受領に係る権限を委任します。	
申請者氏名	(署名又は記名押印)
代理人の住所	
代理人の氏名	(署名又は記名押印)