

第 1 号様式（第 6 条、第 8 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

年 月 日

香芝市長

氏 名

住 所

電 話 番 号

精神障害者医療費受給資格（後期高齢者）の認定又は更新及び精神障害者医療費助成金（後期高齢者）の支給に関し、同意欄の記載事項を全て同意した上、関係書類を添えて次のとおり申請します。

対象者	後期高齢者医療被保険者番号							住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	後期高齢者医療被保険者番号							氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
								電話番号 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ

	氏 名	個 人 番 号
配偶者		
扶養義務者		

振込口座	申請事由		<input type="checkbox"/> 1 精神障害者になったため <input type="checkbox"/> 2 転入してきたため <input type="checkbox"/> 3 後期高齢者医療制度に加入したため <input type="checkbox"/> 4 その他（ ） 事由発生年月日 年 月 日						
	支払機関名	預金種別	口座番号						
	銀行 店 番 農協 信金	支店 番 フリガナ	普通・当座・その他（ ）						
			口座名義人						

- 備考
- 申請者、配偶者及び扶養義務者の所得状況を記入する欄については、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歳未満のものの合計数を記入してください。
 - ※印の欄は、記入しないでください。

同意欄

<input type="checkbox"/> 精神障害者医療費受給資格（後期高齢者）の申請及び精神障害者医療費助成金（後期高齢者）の支給に当たり、以下の全ての事項に同意します。
1 香芝市が申請者の世帯の所得状況について関係公簿等を調査すること。
2 この助成金の金額の算出のため、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。
3 この助成金の金額の算出のため、香芝市が後期高齢者の医療の確保に関する法律の規定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。
4 この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。

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（後期高齢者）の受領に係る権限を委任します。	
対象者氏名	(署名又は記名押印)
代理人住所	
代理人氏名	(署名又は記名押印)