

様式第1号（第7条、第11条、第12条関係）**㊦**精神障がい者医療費受給資格証交付（更新）申請書  
精神障がい者医療費助成金支給申請書

受給者番号		個人番号				※宛名コード			
対象者	フリガナ					居（住） 住（地） 所	檀原市		
	氏名						電話番号		
	生年月日	年	月	日生					
配偶者氏名		※宛名コード		続柄		住 所			
						檀原市			
個人番号									
扶養義務者氏名		※宛名コード		続柄		住 所			
						檀原市			
個人番号									
資格証交付申請事由 (異動事由)		<input type="checkbox"/> 精神障がい者になったため <input type="checkbox"/> 他の市町村から転入してきたため <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 保険に新たに加わったため <input type="checkbox"/> 生活保護の廃止		資格発生日 年 月 日			
加入 医療 保険	被保険者氏名		※宛名コード		続柄		住 所		
	個人番号								
	記号		番号		保 険 種 別			本人・扶養区分	
					01 協会 02 日雇 03 組合 04 船員 05 共済 06 国保 07 医師歯科 08 中央建設 09 全国建設 10 全国板金業 11 全国土木 12 その他			1 退本 2 退扶 3 本人 4 扶養	
保険者番号		保 険 者 名		所 在 地					
手帳					交付日		年 月 日		
					有効期限		年 月 日		
※ 所 得 状 況				対 象 者		配 偶 者		扶 養 義 務 者	
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(人)		人(人)		人(人)	
※ 控 除 後 の 所 得 額									
※ 審 査				認 定		却 下			

上記のとおり精神障がい者医療費受給資格証の交付及び精神障がい者医療費助成金の支給を申請します。

年 月 日

申請者住所

氏名

なお、申請に伴い以下のことに同意します。

- 療養の給付に係る一部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、医療機関等が被保険者証・医療費受給資格証・診療報酬明細書の写しを徴すること、及びこれらのものを市長に提出すること。
- 精神障がい者医療費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

申請者氏名

振込先 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし	金融機関名		銀行・信金・労金 信組・農協				支店名		本店・支店 出張所	
	口座番号		普通・当座				フリガナ			
							口座名義人			

(委任状)

私は \_\_\_\_\_ を代理人と定め、精神障がい者医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

申請者氏名

代理人住所

氏名

(宛先)

檀原市長

- 注) 1 楷書ではっきり書いてください。  
2 ※印の欄は記入しないでください。

担当者

--

# 国民健康保険高額療養費支給申請書 (精神医療助成受給世帯用)

		受給者番号		
国民健康保険証の記号・番号	奈5	一般 ・ 退本 ・ 退扶		
世帯区分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ			
精神医療対象者	フリガナ			居住地 (住所) 檀原市
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月
		生		
		※宛名コード		
傷病名	※レセプト記載のとおり			
療養を受けた病院等の 名称及び所在地	名称	※レセプト記載のとおり		
	所在地	※レセプト記載のとおり		
療養の期間	※レセプト記載のとおり			
療養に対し病院等で支払った額	※レセプト記載のとおり			

国民健康保険高額療養費(精神障がい者医療費分)の支給の申請をいたします。

年 月 日

世帯主 氏名

電話番号・FAX

檀原市長 殿

(委任欄)

私は、上記申請により国民健康保険から給付を受ける金額の受領に関する権限を檀原市長に委任します。

なお、申請と受領委任にあたり以下のことを確認し同意します。

- ・ この申請書は精神障がい者医療助成対象者に国民健康保険高額療養費が発生したときに、それを精神障がい者医療費(精神障がい者医療受給者でない方を含めて世帯合算のうえ算定を行った場合を含みます。)に充当する場合にのみ使用します。
- ・ 精神障がい者医療費助成金額の確認のため、医療費自己負担額支払明細書の情報を使用することに同意します。

住所 檀原市

世帯主

氏名