

記載例

精神障害者医療費受給資格証交付（更新）申請書

精神障害者医療費助成金支給申請書

①おもては灰色枠内の項目のみ記入をお願いします。

②橿原市の国民健康保険に加入されている場合は裏面も記入ください

受給者番号		個人番号		0000000000000000		※宛名コード	
対象者	フリガナ	カシハラ タロウ				居住地（住所）	橿原市
	氏名	橿原 太郎					〇〇町〇〇番地
	生年月日	昭和 平成〇〇年〇〇月〇〇日生					電話番号
配偶者氏名		※宛名コード		続柄		住 所	
橿原 花子				妻		橿原市	
個人番号		0000000000000000		0000		同上	
扶養義務者氏名		※宛名コード		続柄		住 所	
橿原 幸子				子		橿原市	
個人番号		0000000000000000		0000		東京都××区〇〇町〇〇番地	

資格証交付申

☐精神障がい者になったため
☐市町村から転入してきたため☐保険に新たに加入したため
☐生活保護の廃止

対象者欄へは精神障害者保健福祉手帳1・2級を交付された方の

個人番号（12ケタのマイナンバー）、フリガナ、氏名、生年月日、住所、日中連絡の取れる電話番号を記入下さい。

配偶者欄は配偶者の氏名、対象者から見た続柄、個人番号、住所 を、

扶養義務者欄は扶養義務者（健康保険証の被保険者など）の氏名、対象者から見た続柄、個人番号、住所をそれぞれ記入下さい。

配偶者および扶養義務者がいらっしゃらない場合は記入いただく必要はございません。対象者欄のみ記入下さい。

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）

人）

人（人）

人（人）

申請者は対象者本人です。

ただし、対象者が成年被後見人の場合は成年被後見人の氏名を記入してください。

また、受給者が成年被後見人の場合は登記事項証明書（写し可）を添付してください。

なお、申請に伴い以下のことに同意します。

医療費助成金の振込先を記入して下さい。

対象者（申請者）以外の振込口座を希望される場合は下の（委任状）欄も記入下さい。

年 月 日

者医療費助成金の支給を申請します。

申請者住所 橿原市〇〇町〇〇番地

氏名 橿原 太郎

申請者氏名 橿原 太郎

振込先

☒新規
☐変更あり
☐変更なし

金融機関名

〇〇

銀行・信金・労金
信組・農協

支店名

〇〇

本店・支店
出張所

口座番号

普通・当座

00000000

フリガナ

カシハラ ハナコ

口座名義人

橿原 花子

（委任状）

私は 橿原 花子 を代理人と定め、精神障害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 橿原 太郎

代理人住所 橿原市〇〇町〇〇番地

氏名 橿原 花子

担当者

（宛先）

橿原市長

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。

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	☐ ア ☐ イ ☐ ウ ☐ エ ☐ 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	日
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（精神障害者医療費分）の支給の申請をいたします。

年 月 日

世帯主	氏名	檀原 太郎
電話番号・FAX		〇〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇

檀原市長 殿

（委任欄）

私は、上記申請によ
檀原市長に委任しま

なお、申請と受領
・この申請書は精神障害
療費（精神障害者医療
場合にのみ使用します
精神障害者医療費

↑	上下両方に記入をお願いいたします。	↓
↑		
↑		
↑		
↓		↓
↓		↓
↓		↓
↓		↓

受領に関する権限を
。とき、それを精神障害者医
合を含みます。）に充当する
を使用することに同意します。

住所	檀原市	〇〇町〇〇番地
世帯主	氏名	檀原 太郎