様式第１号（第７条、第１１条、第１２条関係）

　　　　　　　　　　　　　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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | |  | | | |  |  | | |  | | |  | |  |  | |  | | |  |  |  | | |  | ※宛名コード | | |  |
| 対象者 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (住　所)  居住地 | | | | | | | 橿原市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 配偶者氏名 | | | | | | | | | | | | | ※宛名コード | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | | | | | | | | | 住　　所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 橿原市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |
| 扶養義務者氏名 | | | | | | | | | | | | | ※宛名コード | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | | | | | | | | | 住　　所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 橿原市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |
| 資格証交付申請事由  (異動事由) | | | | | | | | | | | | | | | | | | □　精神障がい者になったため　　　　　　□　保険に新たに加入したため  □　他の市町村から転入してきたため　　□　生活保護の廃止  □　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  資格発生年月日　　　　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害者医療費受給資格証の交付及び精神障害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、医療機関等において電子資格確認等により被保険者であることの確認を受けるとともに、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。

・精神障害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  □新　規  □変更あり  □変更なし | 金融機関名 |  | | 支 店 名 |  |
| 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

　　　　　　　　　代理人住所

　　　　　　　　　　　　氏名

（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。