

精神障害者医療費受給資格(後期高齢者) 認定 (更新) 申請書  
精神障害者医療費助成金(後期高齢者)支給申請書

後期  
高齢

※太枠内を記入してください。

令和 年 月 日

大和郡山市長 様

申請者	住所 大和郡山市
氏名	
電話	( )

精神障害者医療費受給資格(後期高齢者)の認定(更新)申請及び精神障害者医療費助成金(後期高齢者)の支給にあたり、以下のことを確認し、同意します。

- ・本受給資格申請の審査を受けるために必要な、所得等の情報を閲覧・使用すること。
- ・本助成金の算出のため、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。
- ・助成金受給後、助成金を調整する必要が生じた場合、次月以降の支給額において相殺すること
- ・後期高齢者医療被保険者となったときは、精神障害者医療助成事業(後期高齢者)へ移行すること、またその場合において、医療費助成金支給のための資料として、診療情報を閲覧、使用すること

対象者	後期高齢者医療被保険者番号									フリガナ
	後期高齢者医療被保険者番号	3	9	2	9	2	0	3	2	個人番号:
										生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
配偶者	氏名									住所(申請者と異なる場合のみ記入)
	個人番号:									大和郡山市
扶養義務者	フリガナ									住所(申請者と異なる場合のみ記入)
	氏名									大和郡山市
	個人番号:									
	生年月日 S・H・R 年 月 日									
	対象者との続柄									

申請事由	1. 精神障害者になったため	2. 転入してきたため
	3. 後期高齢者医療制度に加入したため	4. その他( )
審査	精神障害者保健福祉手帳有効期限	令和 年 月 日
	県単 市単 事由発生年月日	年 月 日

なお、助成金は下記口座に振り込んでください。

振込口座	銀行	本店	口座番号	1 普通	名義	フリガナ
	信用金庫	支店		2 当座		
	農協	出張所				
銀行コード		店番		※ 申請者または扶養義務者以外の口座を希望される場合は、下記の委任状にご記入ください。		

(委任状)  
私は、 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、次の権限を委任する。

精神障害者医療費助成金(後期高齢者医療)の受領に関すること。

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (申請者との続柄 \_\_\_\_\_)

決定	自		決裁年月日	課長	課長補佐	係長	係	受付
	至							