

精

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(一般)支給申請書

一般

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 ()

※太枠内を記入してください。

精神障害者医療費受給資格証の交付(更新)及び精神障害者医療費助成金(一般)の支給を申請します。また、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、必要に応じて課税台帳・公簿等の閲覧を行うこと
- ・ 高額療養費の支給を受けることができる場合、被保険者証、精神障害者医療費受給資格証及び当該診療に係る診療報酬明細書等について、医療機関等が写しを徴し、大和郡山市長に提出すること。
- ・ 助成金受給後、助成金を調整する必要がある場合、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	フリガナ	居住地 (申請者と異なる場合のみ記入) 大和郡山市 (住所)
	氏名	
	個人番号: 生年月日 S・H・R 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:	
扶養義務者	フリガナ	住所 (申請者と異なる場合のみ記入) 大和郡山市 (住所)
	氏名	
	個人番号: 生年月日 S・H・R 年 月 日	
	対象者との続柄	

加入医療保険	被保険者	フリガナ	生年月日	大正 昭和	
		氏名		平成 令和 年 月 日	
	住所 (申請者と異なる場合のみ記入)	対象者との続柄			
保険種別	国(市町村・退・組) 健(協会・組・日)・船・共	本人 家族	被保険者証 の記号番号		
保険者番号 及び名称					

交付申請事由	1 精神障害者になったため 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため
	4 その他 ()
精神障害者保健福祉手帳有効期限	令和 年 月 日
審査	県単 市単 交付事由発生日 令和 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	フリガナ
	信用金庫		支店			
	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、裏面の委任状にご記入ください。

交付年月日	
受給者番号	

決裁年月日	課長	課長補佐	係長	係	受付

