



奈良市一般精神障害者医療費受給資格証交付（更新）申請書

次のとおり、奈良市一般精神障害者医療費受給資格証の交付及び助成金の支給を申請します。なお、申請に当たり、以下のことを確認し、同意します。

- ・この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。
- ・療養の給付に係る自己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、資格確認書等、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、奈良市長に提出すること。
- ・この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。

(宛先) 奈良市長

年 月 日

(申請者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

受給者との続柄 \_\_\_\_\_

|        |          |   |                                 |  |  |  |  |                                 |                                 |  |    |  |  |
|--------|----------|---|---------------------------------|--|--|--|--|---------------------------------|---------------------------------|--|----|--|--|
| 申請者記入欄 | 申請区分     | 新規 ・ 更新   |                                 |  |  |  |  |                                 |                                 |  |    |  |  |
|        | 受給者      | 氏名  |                                 |  |  |  |  | 生年月日                            | 年 月 日                           |  |    |  |  |
|        |          | 個人番号  |                                 |  |  |  |  |                                 |                                 |  |    |  |  |
|        |          | 住所  | 奈良市                             |  |  |  |  |                                 |                                 |  |    |  |  |
|        | 申請事由     | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級又は2級を取得<br><input type="checkbox"/> 転入<br><input type="checkbox"/> 医療保険加入<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                 |  |  |  |  |                                 |                                 |  |    |  |  |
|        | 加入医療保険   | 種別  | 国保 ・ 社保本人 ・ 社保扶養                |  |  |  |  |                                 |                                 |  |    |  |  |
|        |          | 被保険者氏名  | <input type="checkbox"/> 受給者と同じ |  |  |  |  | 受給者との続柄                         |                                 |  |    |  |  |
|        |          | 被保険者住所  | <input type="checkbox"/> 受給者と同じ |  |  |  |  | 記号                              |                                 |  | 番号 |  |  |
|        |          | 保険者番号及び名称   | 番号 名称                           |  |  |  |  | 資格取得(認定)年月日                     | 年 月 日                           |  |    |  |  |
|        |          | 扶養義務者   | 氏名                              |  |  |  |  |                                 | 住所                              |  |    |  |  |
|        | 個人番号     |   |                                 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 受給者と同じ |                                 |  |    |  |  |
|        | 氏名       |   |                                 |  |  |  |  | 住所                              |                                 |  |    |  |  |
|        | 個人番号     |   |                                 |  |  |  |  |                                 | <input type="checkbox"/> 受給者と同じ |  |    |  |  |
|        | 支払希望金融機関 | <input type="checkbox"/> 新規の申請<br><input type="checkbox"/> 前回申請時と異なる口座<br><input type="checkbox"/> 前回申請時と同じ口座 (下記の記入は不要です。)                         |                                 |  |  |  |  |                                 |                                 |  |    |  |  |
|        |          | 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                    |                                 |  |    |  |  |