

奈良市精神通院精神障害者医療費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）奈良市長

（申請者）

住所

氏名

電話番号

対象者との続柄

次のとおり精神障害者通院医療費助成金の交付を申請します。
申請に当たり、対象者の助成金交付要件の確認及び助成金額の決定に関し必要な調査を行うことに同意します。

申請額 金 円

申 請 者 記 入 欄	対 象 者	氏 名							生年 月 日	年 月 日			
		個人番号											
		住 所	奈良市										
	加 入 医 療 保 険	種 別	国保 ・ 社保扶養 ・ 後期高齢						付加給付 等の有無	有 (円) ・ 無			
		被 保 険 者 氏 名	□対象者と同じ										
		被 保 険 者 個 人 番 号	※ 社保の場合のみ記入してください。										
		資 格 確 認 書等の写し	□ 資格確認書等の写しあり（下記の記入は不要です。） □ 資格確認書等の写しなし										
		記号	番号				資 格 取 得 (認 定) 年 月 日	年 月 日					
		保 険 者 番 号 及 び 名 称	番号	名称									
	支 払 希 望 金 融 機 関	☐ 初めての申請 ☐ 前回申請時と異なる口座 ☐ 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				
	添 付 書 類	☐ 医療費自己負担額を証する書類（下記のいずれか） ☐ 領収書及び自立支援医療費自己負担上限額管理票 ☐ 医療機関等での証明（裏面の証明をもらってください） ☐ 自立支援医療受給者証の写し ☐ 社保扶養の場合、被保険者の所得を証する書類（初回及び毎年8月分申請時） ☐ 支払希望金融機関の通帳の写し（初回及び金融機関の変更がある場合）											

※ 受診月1月分をまとめて申請してください。（1月分を複数回に分けて申請できません。）

(裏面)

※ 1 枚に複数月分の記載が可能です。

医 療 機 関 等 記 入 欄	診療年月※	総点数	内自立支援医療費（精 神通院）負担点数	自立支援医療費（精神 通院）に係る自己負担 額
	年 月	点	点	円
上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。 年 月 日 医療機関等 所在地 _____ 名称 _____ 氏名 _____				