

<記入例>

奈良市精神通院精神障害者医療費助成金交付申請書

〇〇 年 〇 月 〇 日

（宛先）奈良市長

（申請者）

申請書を提出される
方のお名前をご記入
ください。

住所 奈良市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名 奈良 花子

電話番号 0742-××-××××

対象者との続柄 妻

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	奈良 太郎						生年 月 日	〇〇 年 〇 月 〇 日				
	象	個人番号												
	者	住 所	奈良市 〇〇町〇丁目〇番〇号											
	加入医療保険	種 別	国保 ・ 社保扶養 ・ 後期高齢						付加給付	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											
		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					
	入	保 險 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。）											
	欄	金融機関名	〇〇銀行						支 店 名	〇〇支店				
		口 座 番 号	普 通 座	△	△	△	△	△	△	△	(フリガナ) 口座名義人	ナラ タロウ 奈良 太郎		
	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）												

社保扶養の方は所得確認を行うため、
所得を証明する書類又は承諾書が必要
になります。いずれかにチェックを入れてください。
前回と同じ口座をご希望の場合は、下記
の記入は不要です。

※ 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
	領収書又は上限額管理票を紛失された場合は、医療機関等でこちらの記入欄に証明していただくことで請求手続きが可能になります。			
		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 _____			