

<記入例>

奈良市(一般・後期高齢者)精神障害者医療費助成金交付請求書

申請書を提出される方
のお名前をご記入く
ださい。

〇〇年 〇月 〇日

(あて先) 奈良市長

請求者 住所 奈良市

奈良市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名 奈良 花子

電話 0742 - ×× - ××××

受給資格証(緑色)に記載の受
給者番号を記載してください。

金

ただし、〇年 〇月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。

受給者番号	0000000	受給者氏名	ナラ タロウ 奈良 太郎
医療保険 名称	〇〇健康保険組合	医療保険 記号番号	記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇
		生年月日	〇〇年 〇月 〇日

ここから下は何も記入しないでください。

【注意点】

- ◆ひと月分ごとに請求書が必要です。
- ◆はり・きゅう、マッサージ(保険診療分)は、請求データが確認できませんので、障がい福祉課へ請求手続きが必要です。
- ◆治療用装具の請求は、下記の書類を添付してください(すべてコピーでも可)。
 - ① 領収証
 - ② 意見書・装着証明書
 - ③ 健康保険組合からの7割分の支給決定通知(奈良市国保加入の方は不要)
 - ④ 加入医療保険の資格情報がわかるもの 例)資格確認書、資格情報のお知らせ等
 - ⑤ 受給資格証の写し
- ◆入院等で医療費が高額になっている場合、こちらからご連絡させていただく場合があります。

※欄は記入しないでください。

医療費助成金の請求権は5年・高額療養費は2年で時効になります。