



受給者番号

奈良市心身障害者医療費受給資格証交付（更新）申請書

次のとおり、奈良市心身障害者医療費受給資格証の交付及び心身障害者医療費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。

- ・受給申請時及び受給期間中に世帯等の所得の状況を調査・確認すること。
- ・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、当該療養に係る診療報酬明細書等について、医療機関等から写しを徴すること。
- ・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

(フリガナ)

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	男・女						生年月日		年 月 日			
		個 人 番 号												
		住 所	奈良市											
	申 請 事 由	☐ 心身障害者になったため												
		☐ 転入												
		☐ 医療保険加入												
		☐ その他 () 事由発生年月日 年 月 日												
	加 入 医 療 保 険 扶 養 義 務 者	種 別	国 保 ・ 社 保 本 人 ・ 社 保 扶 養											
		被 保 険 者 氏 名							受給者との続柄					
		被 保 険 者 住 所	☐ 申請者と同じ						被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		記号		番号	
		保 険 者 番 号	番号						資格取得(認定)		年 月 日			
		及 び 名 称	名称						年 月 日					
		氏 名							住 所					
		個 人 番 号									☐ 申請者と同じ			
		氏 名							住 所					
		個 人 番 号									☐ 申請者と同じ			
		氏 名							住 所					
	個 人 番 号									☐ 申請者と同じ				
	支 払 希 望 金 融 機 関	☐ 新規の申請												
☐ 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)					
添 付 書 類	※ 口座名義人が受給者以外の場合は委任状が必要です。													

委任状

令和 年 月 日

私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。

心身障害者医療費助成の受領に関すること

受給者の住所、氏名

奈良市 _____



代理人の住所、氏名

奈良市 _____

