

精神科通院医療費 （ 受給券 ）（ 交付 ） （ 助成券 ）（ 更新 ） 申請書

	氏名	生年月日	現住所	個人番号（12桁）
①助成対象者		年 月 日		
②配偶者		年 月 日		
③扶養義務者		年 月 日		
④保護者		年 月 日		

⑤ 加入医療保険					
①助成対象者分	記号番号	(記号)	(番号)	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> ①助成対象者氏名に同じ
	保険者番号				被保険者住所
保険者名称	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____支部 <input type="checkbox"/> （その他）_____			認定年月日	年 月 日
				被保険者住所	
②配偶者分	記号番号	(記号)	(番号)	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> ②配偶者氏名に同じ
	保険者番号				被保険者住所
保険者名称	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____支部 <input type="checkbox"/> （その他）_____			認定年月日	年 月 日
				被保険者住所	

⑥精神障害者保健福祉手帳	号	1級・2級・3級	年 月 末まで有効
⑦自立支援医療費（精神通院）受給者	号		年 月 末まで有効
⑧児童扶養手当証書	号		
⑨年金証書	号		

上記のとおり精神科通院医療費（受給券・助成券）の（交付・更新）を申請します。なお、申請に当たり下記の3点について同意します。

- 1 受給申請時、受給期間中および更新時に、助成対象者、配偶者および扶養義務者の所得等ならびに助成対象者の属する世帯の構成、異動状況等を個人番号等により調査・確認すること。
- 2 受給期間中に支給対象となった高額療養費（外来年間合算も含む。）のうち、福祉医療受給に係る分の申請および受領について米原市長に委任すること。
- 3 助成された精神科通院医療費のうち、保険者から附加給付または高額療養費を受けたときは、給付された相当額を返還すること。

年 月 日

住 所

申請者 氏 名

電話番号

米原市長 様

○精神障害者保健福祉手帳および自立支援医療費（精神通院）受給者証を持参してください。

注意

この用紙は、精神科通院医療費受給券・助成券交付申請書または更新申請書を提出する際に使用してください。

①の欄

「助成対象者」欄には受給券および助成券の交付を受けようとする人について記入してください。

②の欄

「配偶者」欄には、①の欄に記入した人で、配偶者がある場合、その配偶者について記入してください。

③の欄

「扶養義務者」欄には、助成対象者の父、母、子、孫等の直系血族または兄弟姉妹のうち、主として当該助成対象者の生計を維持している人について記入してください。

④の欄

「保護者」欄には、当該精神障がい者(児)を常時介護している人について記入してください。(③と同一人になる場合があります。)

⑤の欄

①および②の欄に記入した人の医療保険情報(記号番号、保険者番号、保険者名称、認定年月日等)を記入してください。

⑥の欄

「精神保健福祉手帳」欄には、手帳番号、障がい等級および有効期限を記入してください。

⑦の欄

「自立支援医療費(精神通院)受給者」欄には、自立支援医療費(精神通院)の受給者番号および有効期限を記入してください。

⑧の欄

「児童扶養手当」欄には、助成対象者が児童扶養手当法に基づく児童手当を受給している場合には、交付している手当証書の番号を記入してください。

⑨の欄

「年金証書」欄には、助成対象者が年金を受給している場合は、当該年金証書の番号を記入してください。