

様式第 1 号（第 4 条関係）

精神障がい者（児）医療費助成受給資格申請書

年 月 日

米原市長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

米原市精神障がい者（児）医療費助成条例第 5 条の規定により、助成を受けたいので申請します。なお、申請に当たり、下記の 2 点について同意します。

- 1 助成申請時、助成期間中および更新時に、同条例第 4 条第 1 項に規定する所得および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・確認することに同意します。
- 2 助成された精神障がい者（児）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。

助 成 対 象 者	フリガナ			年 月 日生
	氏 名			
	住 所	☐ 申請者住所に同じ 米原市		
保 護 者	フリガナ			年 月 日生
	氏 名			
	住 所	☐ 申請者住所に同じ		
精神障害者保健福祉手帳番号等	号	級	年 月末まで有効	
入 院 加 療 を 開始した年月日	年 月 日			
入院先の病院名				
加入医療保険名称	☐ 国保 ☐ 後期高齢者医療 ☐ 全国健康保険協会_____支部 ☐ その他 _____			

（注） 次のものを持参してください。

- ・精神障害者保健福祉手帳
- ・健康保険証（マイナ保険証）、資格確認書または資格情報のお知らせ等