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を確約します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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)　精神障害者保健福祉手帳および健康保険証を持参してください。