第１号様式（第８条、第１０条関係）

㊗

奈良市一般精神障害者医療費受給資格証交付（更新）申請書

次のとおり、奈良市一般精神障害者医療費受給資格証の交付及び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。

・この受給資格申請の審査を受けるために必要な所得等の情報を閲覧・使用すること。
・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、被保険者証、精神障害者医療費受給資格証及び当該診療に係る診療報酬明細書等について、医療機関等が写しを徴し、奈良市長に提出すること。
・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　　年　月　日

（申請者）

住所

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	□ 精神障害者保健福祉手帳１級又は２級を取得 □ 転入 □ 医療保険加入　　事由発生年月日 □ その他（　　）　　年　月　日				
	加入医療保険	被保険者証の種別	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	□受給者と同じ	被保険者証記号・番号	記号	番号
		保険者番号及び名称	番号 名称	資格取得(認定)年月日	年　月　日	
	扶養義務者	氏名		住所	□受給者と同じ	
		個人番号				
		氏名		住所	□受給者と同じ	
		個人番号				
		氏名		住所	□受給者と同じ	
		個人番号				
	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）口座名義人		
	添付書類	□ 精神障害者保健福祉手帳１級又は２級の写し □ 健康保険証の写し □ 支払希望金融機関の通帳の写し（初回及び金融機関の変更がある場合） □ 既存の受給資格証の写し（更新の場合）				