第８号様式（第２０条関係）

㊦

奈良市後期高齢者精神障害者医療費受給資格認定（更新）申請書

次のとおり、奈良市後期高齢者精神障害者医療費資格認定及び助成金の支給を申請します。なお、申請にあたり、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。
・この助成金の算出のため、精神障害者医療費受給資格（後期高齢者）の情報を奈良県後期高齢者医療広域連合に提供すること。
・この助成金の算出のため、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）による後期高齢者医療の給付に関する情報を利用すること。
・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

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 □ 後期高齢者医療制度加入　事由発生年月日 □ その他（　　）　年　月　日			
	後期高齢者医療	被保険者番号		資格取得(認定)年月日	年　月　日
		保険者番号		保険者名称	
	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 □ 後期高齢者医療被保険者証の写し □ 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）			