

<記入例>

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、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、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ついて、奈良市長に提出すること。

申請書を提出される方のお名前をご記入ください。

(宛先) 奈良市長

〇〇年〇月〇日

(申請者)

住所 **奈良市〇〇町〇丁目〇番〇号**
 氏名 **奈良 花子** ⑧
 電話番号 **0742-xx-xxxx**
 受給者との続柄 **妻**

どちらかに丸をつけてください。

申請区分	<input checked="" type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 更新	
受給者	氏名	奈良 太郎 男・女 生年月日 〇〇年〇月〇日
	個人番号	
	住所	奈良市 〇〇町〇丁目〇番〇号
申請	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級又は2級を取得 <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保本人 <input type="checkbox"/> 社保扶	
加入	被保険者氏名 奈良 太郎	受給者との続柄 本人
加入	住所 奈良市、〇〇健康保険組合など	被保険者証記号・番号 奈1 000-000
加入	保険番号 〇〇〇〇〇〇〇〇(8桁)	資格取得(認定)年月日 〇〇年〇月〇日
加入	健康保険証下部に記載の番号・名称をご記入ください。	健康保険証に記載の「資格取得日」「適用開始年月日」「認定年月日」をご記入ください。
加入	健康保険証に記載の「資格取得日」「適用開始年月日」「認定年月日」をご記入ください。	健康保険証に記載の「資格取得日」「適用開始年月日」「認定年月日」をご記入ください。
加入	いずれかにチェックを入れてください。前回と同じ口座をご希望の場合は、下記の記入は不要です。	
欄	支払希望金融機関	金融機関名 〇〇銀行 支店名 〇〇支店
	口座番号	普通当座 △△△△△△△△ (フリガナ) ナラ タロウ
	口座名義人	奈良 太郎
添付書類	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級又は2級の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 既存の受給資格証の写し (更新の場合)	

被保険者の方のお名前をご記入ください。

社保扶養の方は、本人から見た続柄をご記入ください。例:父、妻など

健康保険証に記載の記号・番号をご記入ください。

奈良市の国民健康保険の方は、6桁で「290015」です。

※受給者と被保険者の住所が異なる場合はご記入ください。

健康保険証下部に記載の番号・名称をご記入ください。

いずれかにチェックを入れてください。前回と同じ口座をご希望の場合は、下記の記入は不要です。

健康保険証に記載の「資格取得日」「適用開始年月日」「認定年月日」をご記入ください。