

（表面）

奈良市精神通院精神障害者医療費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）奈良市長

（申請者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

次のとおり精神障害者通院医療費助成金の交付を申請します。

申請に当たり、対象者の助成金交付要件の確認及び助成金額の決定に関し必要な調査を行うことに同意します。

申請額 金 \_\_\_\_\_ 円

申請者記入欄	対象者	氏名	男・女	生年月日	年 月 日		
	対象者	個人番号					
	対象者	住所	奈良市				
	加入医療保険	被保険者証の種類	国保 ・ 社保扶養 ・ 後期高齢		付加給付等の有無	有( 円) ・ 無	
		被保険者氏名					
	加入医療保険	被保険者個人番号	※ 社保の場合のみ記入してください。				
		被保険者証の写し	<input type="checkbox"/> 被保険者証の写しあり（下記の記入は不要です。） <input type="checkbox"/> 被保険者証の写しなし（下記に記入の上、保険者証を提示し、確認を受けてください。）				
	加入医療保険	被保険者証記号・番号	記号	番号	資格取得(認定)	年 月 日	
		保険者番号及び名称	番号 名称				
	支払希望金融機関	<input type="checkbox"/> 初めての申請 <input type="checkbox"/> 前回申請時と異なる口座 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 医療費自己負担額を証する書類（下記のいずれか） <input type="checkbox"/> 領収書及び自立支援医療費自己負担上限額管理票 <input type="checkbox"/> 医療機関等での証明（裏面の証明をもらってください） <input type="checkbox"/> 医療保険者証の写し（添付できない場合は保険者証を提示し、確認を受けてください。） <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証の写し <input type="checkbox"/> 社保扶養の場合、被保険者の所得を証する書類（初回及び毎年8月分申請時） <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）					

※ 受診月1月分をまとめて申請してください。（1月分を複数回に分けて申請できません。）

(裏面)

医療機関等 記入欄	年 月分	総点数	内自立支援医療費（精神通院）負担点数	自立支援医療費（精神通院）に係る自己負担額
		点	点	円
上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。				
年 月 日				
医療機関等 所在地 _____				
名称 _____				
氏名 _____ (印)				