

<記入例>

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

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**

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 | 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 | | | |
| 加入医療保険の内容をご記入ください。 | <input type="checkbox"/> 医療制度加入 | | 事由発生年月日 年 月 日 | |
| 後期高齢者医療 | 被保険者番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | 資格取得(認定)年月日 | 〇〇年〇月〇日 |
| | 保険者番号 | 39292016 | 保険者名称 | 奈良県後期高齢者医療広域連合 |
| 扶養義務者 | 氏名 | | 住所 | <input type="checkbox"/> 受給者と同じ |
| | 個人番号 | | | |
| | 氏名 | | 住所 | <input type="checkbox"/> 受給者と同じ |
| | 個人番号 | | | |
| | 氏名 | | 住所 | <input type="checkbox"/> 受給者と同じ |
| | 個人番号 | | | |
| 支払希望金融機関 | <input checked="" type="checkbox"/> 新規の申請 <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 | 〇〇銀行 | | 支店名 ××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 |

いずれかにチェックを入れてください。更新等で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。