

精神科通院医療費（受給券助成券）（交付更新）申請書

区 分	氏 名	男 女 別	個 人 番 号	現 住 所	加入医療保険			象 要 否
			生 年 月 日		記号番号・保険者名・所在地	附加		
① 助 成 対 象 者		男・女	大・昭 平・令 年 月 日		記号番号 保険者名 所 在 地	有・無	要・否	
② 配偶者		男・女	大・昭 平・令 年 月 日		記号番号 保険者名 所 在 地	有・無	要・否	
③ 扶 養 義 務 者		男・女	大・昭 平・令 年 月 日					
④ 保護者		男・女	大・昭 平・令 年 月 日					

所得状況 扶養親族等控		助成対象者の所得状況		配偶者の所得状況		③の扶養義務者の所得状況	
⑤	同一生計配偶者および扶養親族の合計数（うち障害・老	人	障 老 人 人	人	障 老 人 人	人	障 老 人 人
⑥	前年の所得	円		円		円	
⑦ 控 除	雑 損	円		円		円	
	医 療 費	円		円		円	
	社会保険料相当分	円		円		円	
	小規模企業共済等掛金	円		円		円	
	配偶者特別控除	円		円		円	
	障害者（特別障害者除く）である同一生計配偶者および扶養親族の合計数	人	※ 円	人	※ 円	人	※ 円
	特別障害者である同一生計配偶者および扶養親族の合計数	人	※ 円	人	※ 円	人	※ 円
	障害者、特別障害者、寡婦、ひとり親、勤労学生の別	障 特障 寡 ひとり 勤	※ 円	障 特障 寡 ひとり 勤	※ 円	障 特障 寡 ひとり 勤	※ 円
	地方税法附則第6条第1項および租税特別措置法第24条の免除に係る所得額	円		円		円	
本 年 の 災 害	円	※	円	円	円	円	
※ 控除後の所得額							
⑧	精神障害者保健福祉手帳番号	号	級	年 月 末 まで 有効			
⑨	自立支援医療費（精神通院）受給者番号	号		年 月 末 まで 有効			
⑩	児童扶養手当証書番号			⑪ 年金証書番号			

上記のとおり精神科通院医療費（受給券・助成券）の（交付・更新）を申請します。
なお、申請にあたり、下記の2点について同意します。
1. 受給申請時および受給期間中に、助成対象者、配偶者および扶養義務者の属する世帯の所得・税額等の状況ならびに構成・異動状況について調査・確認すること。
2. 加入医療保険から附加給付または高額療養費を支給されたときは、先に高島市が医療機関等に支払った附加給付または高額療養費に相当する額を高島市の指定する方法により返還すること。
3. 受給期間中に支給対象となった高額療養費（外来年間合算含む）のうち、福祉医療受給にかかる分の申請および受領について、市長に委任すること。（対象精神障害老人に限る。）

年 月 日
申請者 住所
氏 名
高 島 市 長 様 電話番号（ ）

○ ※印欄は記入しないでください。 ○ 精神障害者保健福祉手帳を持参してください。
○ 附加給付とは、ご加入の健康保険が健康保険法等に基づく保険給付に独自に上乗せしているものをいいます。