精神障がい者医療費受給資格認定（更新）申請書

対象者	後期高齢者医療被保険者番号									氏名	男 女
	後期高齢者医療被保険者番号										
	個人番号										

所得状況		①助成対象者	②配偶者及び扶養義務者	
氏名				
個人番号				
③ 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数(助成対象者については、70歳以上の同一生計配偶者又は老人扶養親族、特定扶養親族及び控除対象扶養親族のうち年齢16歳以上19歳未満の者の合計数))		(人)	(人)	(人)
④ 所得額		円	円	円
⑤ 金品等の額		円	円	円
⑥ 控除	雑損	円	円	円
	医療費	円	円	円
	社会保険料	円	※ 円	※ 円
	小規模企業共済等掛金	円	円	円
	配偶者特別	円	円	円
	障害者（特別障害者を除く）である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	※ 円	※ 円	※ 円
	特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	※ 円	※ 円	※ 円
	障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	※ 円	※ 円	※ 円
	肉用牛の売却による農業所得についての免除額	円	円	円
※ 控除後の所得額		円	円	円
※ 審査		認定・却下		

⑦ 申請事由	精神障がい者の方	精神障害者保健福祉手帳を所持している。(級) 交付日 年 月 日 有効期限 年 月 日
--------	----------	--

⑧ 資格発生日	年 月 日
---------	-------

上記のとおり申請します。 年 月 日 (宛先) 榎原市長 申請者 住所 氏名

※は記入する必要はありません。

精神障がい者医療費助成金支給申請書

後期高齢者医療 被保険者番号									※宛名コード	
(ふりがな) 氏名								男 女	生年月日	年 月 日
住所	(〒 -) (電話番号 - -)									

(宛先) 榎原市長

上記のとおり、医療費助成金の支給を申請します。
 なお、助成金の支給後において、助成金を調整する必要がある場合は、次月以降の支給額において
 相殺することに同意します。

年 月 日

申請者

氏名 _____

(委任状)

私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日申請した医療費助成金の受領に関すること。

申請者の住所

氏名 _____

代理人の住所

氏名 _____

口座 振替 依頼欄	金融機関名	銀行・信金 労金・信組 農協						本店 支店 出張所			
	金融機関コード						店舗コード				
	預金種別	普通・当座・その他			口座番号						
	口座名義人	フリガナ _____									

※は記入する必要はありません。