

重度精神障害者通院医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

次のとおり、広島市長宛申請します。また、重度精神障害者通院医療費受給資格の認定に際し、私、私の配偶者及び扶養義務者の所得金額及び控除所得額を課税台帳及び課税資料により確認され、また、他の制度の受給状況を調査・確認されることに同意します。

なお、これらを調査・確認されることについては、配偶者及び扶養義務者の同意を得ています。

氏名

(連絡先TEL - -)

※ 住民票が別世帯になっている方については、その方の同意を得た上で、その方の氏名を記入してください。

(住民票が別世帯になっている方 氏名:)

ふりがな				男・女	生年月日	年 月 日
受給者氏名						
住所	広島市 〈市外転入の場合: 年1月1日現在の住所地: 〉					
申請理由	<input type="checkbox"/> 手帳取得 <input type="checkbox"/> 等級変更 <input type="checkbox"/> 市外から転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 施設退所〈施設名: 〉 <input type="checkbox"/> 所得該当 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他〈 〉					発生年月日 . .
加入健康保険等	保険種別	協会けんぽ・船員・日雇・共済・健保組合・国保・国保組合・後期高齢保険				
	被保険者氏名		受給者との続柄			
	記号・番号	記号	番号			
	保険証発行機関名	発行機関名	保険者番号			
	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				
配偶者	氏名		生年月日	大・昭 平・令 年 月 日		
	住所					
扶養義務者続柄 ()	氏名		生年月日	大・昭 平・令 年 月 日		
	住所					
障害等の状況	被爆者健康手帳	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
	施設への入所	<input type="checkbox"/> 有 (施設名) . <input type="checkbox"/> 無				
	精神障害者保健福祉手帳	手帳番号	級	S・H・R	・	・ 交付
	自立支援医療費(精神通院)	受給者番号		S・H・R	・	・ 交付

以下の欄は記入しないでください

所得判定結果 (別紙のとおり)	交付年月日	. . .	起案年月日 . . . 決裁年月日 . . .				
	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	有効期間	. . . から . . .	決裁	係	係長	課長
<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 却下	受給者番号						
	本人申告	年少	人	み特扶	人		