

受給者番号	※
-------	---

## 精神科通院医療費（受給券・助成券）（交付・更新）申請書

① 助 成 対 象 者	氏 名		性 別	生 年 月 日	住 所	助 成 要 状 況 否	C加入医療保険			附 加 給 付 無	
	A本人 <small>(母・父等)続柄</small>		男・女	昭和 平成	年 月 日	竜王町大字	要 ・ 否	記号			有
			男・女		年 月 日		要 ・ 否	番号			
	B母(父)等の扶養する18歳未満の児童		男・女		年 月 日		要 ・ 否	所在地			無
			男・女		年 月 日		要 ・ 否	保険者名			
			男・女		年 月 日		要 ・ 否	被保険者名		続柄	有
			男・女		年 月 日		要 ・ 否	資格取得日 年 月 日			
			男・女		年 月 日		要 ・ 否	記号			有
			男・女		年 月 日		要 ・ 否	番号			
	②配偶者		男・女		年 月 日		要 ・ 否	所在地			無
		男・女		年 月 日		要 ・ 否	保険者名				
③扶養義務者		男・女		年 月 日		要 ・ 否	被保険者名		続柄	有	
		男・女		年 月 日		要 ・ 否	資格取得日 年 月 日				
④保護者		男・女		年 月 日		要 ・ 否	記号			有	
		男・女		年 月 日		要 ・ 否	番号				
⑤ 身体障害者手帳番号				号	級	交付日 年 月 日		再交付日 年 月 日			
⑥ 療育手帳番号				号	A1 A2 B1 B2	交付日 年 月 日		再交付日 年 月 日			
⑦ 精神障害者保健福祉手帳番号				号	級	交付日 年 月 日		年 月 月末まで有効			
⑧ 自立支援医療費(精神通院)受給者番号				号	級	交付日 年 月 日		年 月 月末まで有効			
⑨ 特別児童扶養手当証書番号				号	級	/					
⑩ 児童扶養手当証書番号				号		交付日 年 月 日		/			
⑪ 年金証書番号						認定日 年 月 日		/			
<p>上記のとおり（交付・更新）をされたく申請します。なお、申請に当たり、申請時および受給期間中に必要があるときは、助成対象者、配偶者、扶養義務者の所得および町民税の課税状況ならびに住居基本台帳等の必要事項について、調査および確認することを承諾します。</p> <p>また、加入医療保険者等から附加給付等を受けたときは、返還することを確約するとともに、私が承諾したことについて関係者から異議の申出があったときは、私の責任において解決します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 竜王町大字</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名 (印)</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ( )</p> <p>竜王町長</p>											

- 1 重度心身障害者の方は、身体障害者手帳または療育手帳を持参してください。
- 2 精神障害者の方は、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療費（精神通院）受給者証を持参してください。
- 3 ※印欄は記入しないでください。
- 4 本人が署名する場合は、押印は不要です。
- 5 裏面の注意をよく読んで記入してください。

## 注 意

この用紙は、精神科通院医療費受給券・助成券交付申請書または精神科通院医療費受給券・助成券更新申請書を提出する際に使用してください。

### ①の欄

「A本人」欄には、助成対象者本人について記入してください。ただし、母（父）子家庭等の場合には、18歳未満の児童を扶養している配偶者のない女子または男子（以下「母（父）等」という。）について記入してください。

「B母（父）等の扶養する18歳未満の児童」欄には、母（父）子家庭等で当該母（父）子家庭等の母（父）等が現に扶養し、医療費給付の対象となる18歳未満の児童について記入してください。ただし、B欄は、母（父）子家庭等以外の場合には記入する必要はありません。

「C加入医療保険」欄には、持っておられる医療保険証により、記号番号等を記入してください。

なお、附加給付の有無については該当するものを○で囲んでください。（更新申請の場合は記入する必要はありません）

### ②の欄

「配偶者」欄には、①の欄「本人」に記入した人で、配偶者がある場合、その配偶者について記入してください。

### ③の欄

「扶養義務者」欄には、助成対象者本人の父、母、子、孫等直系血族または兄弟姉妹のうち、主として当該助成対象者の生計を維持している人について記入してください。

### ④の欄

「保護者」欄には、心身障害者に係る医療の公費負担を受けようとする場合、当該心身障害者を常時介護している人について記入してください。

この場合③の欄と同一人になる場合があります。

### ⑤の欄

「身体障害者手帳番号」欄には、助成対象者本人が身体障害者手帳の交付を受けている場合は、その手帳番号、等級および交付日（再交付日）を記入してください。

### ⑥の欄

「療育手帳番号」欄には、助成対象者本人が療育手帳の交付を受けている場合は、その手帳番号および交付日（再交付日）を記入し、障害の程度について該当する文字を○で囲んでください。

### ⑦の欄

「精神障害者保健福祉手帳番号」欄には、助成対象者本人が精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている場合は、その手帳番号、等級、交付日および有効期限を記入してください。

### ⑧の欄

「自立支援医療費（精神通院）受給者番号」欄には、助成対象者本人が自立支援医療受給者証（精神通院医療）の交付を受けている場合は、その受給者番号、交付日および有効期限を記入してください。

### ⑨の欄

「特別児童扶養手当証書番号」欄には、助成対象者本人または助成対象者を扶養している者が特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づき、特別児童扶養手当を受給している場合は交付している手当証書の番号を記入してください。

なお、中度障害等で当該手当を受給している場合は記入の必要はありません。

### ⑩の欄

「児童扶養手当証書番号」欄には、助成対象者本人が児童扶養手当法に基づく児童扶養手当を受給している場合は、交付している手当証書の番号および交付日を記入してください。

### ⑪の欄

「年金証書番号」欄には、助成対象者本人が年金を受給している場合は、当該年金証書の番号を記入してください。