

## 重度心身障害者医療費受給資格登録申請書(精神通院医療費)

年 月 日

(あて先)本庄市長

住所 \_\_\_\_\_

申請者

氏名 \_\_\_\_\_

(電話) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

本庄市重度心身障害者医療費支給に関する条例第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

受 給 者 自 立 支 援 医 療	フリガナ							住 所					
	氏 名	個人番号 :											
	生 年 月 日	年 月 日			性別	受給者証番号							
	障 害 の 状 況	精神障害者		精神手帳番号					程 度	2級			
	受 給 者 番 号							自 己 負 担 上 限 額	円				
	有 効 期 間	年 月 日				~	年 月 日						
	指定医療機関①												
	指定医療機関②												
	指定医療機関③												
	記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	資格取得日				年 月 日					
被 保 険 者 氏 名					受給者との続柄			負担割合	割				
保 険 者 名 称					保険者番号								
金 融 機 関 名	銀行・信用金庫・労働金庫 信用組合・農業協同組合				本・支店名	本 店 ・ 支 店							
預 金 種 目	普通・その他( )			口座番号									
口 座 名 義 人	フリガナ( )												
異動日 (手帳交付日・転入日・生保廃止日・ 医療保険資格取得日等)			年 月 日	申請事由	手帳交付・程度変更・転入※・生保廃止・ 後期高齢への保険異動・その他( )								
所得判定				支給					支給停止				
控除後の所得額 円				扶養親族の数 人					所得制限限度額 円				

※1~9月「転入」の場合には、前年1月1日時点の所在地より前年度所得証明書を取得添付。

10~12月「転入」の場合には、今年1月1日時点の所在地より今年度所得証明書を取得添付。

決 裁	課長	課長補佐	係長	合議	担当	資 格 取 得 日	年 月 日
						受 給 者 証 有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで