

精神障害者医療費受給者証（交付・更新）申請書

全疾病受給者証
受給者証

--	--

※申請日、申請者欄及び太枠の中のみご記入ください。

受給者が20歳未満のときは、申請者は保護者でお願いします。

令和 年 月 日

受付印

(宛先)西尾市長

申請者住所 西尾市

氏名

電話番号

私は、精神障害者医療費受給者証の交付に必要な関係公簿を調査すること及び医療費が高額療養費又は付加給付に該当する場合、保険者に対して保険給付の支給状況を確認すること並びに私に保険者から直接高額療養費が支払われた場合、西尾市に当該金額を返納することに同意します。

受給者番号		個人番号		
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 西尾市			
フリガナ				
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
生年月日	昭和・平成	年	月 日 性別 男・女	
加入医療保険	記号番号	記号	番号	
	保険者の称	1. 西尾市国民健康保険（一般・退職本人・退職扶養） 2. 全国健康保険協会（愛知支部・支部） 3. （ ）健康保険組合 4. （ ）		
	保険者番号			
	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 受給者と同じ		
	資格取得日 (認定年月日)	昭和・平成・令和		年 月 日
	世帯主名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※国民健康保険加入者のみ記入		
	認定区分	精神障害者保健福祉手帳		
	障害等級	自立支援医療受給者証	交付の有無 有・無	
	手帳番号	自立支援医療費受給者番号		
	交付年月日	平・令	年 月 日 交付年月日 平・令	
	有効期限	令和	年 月 日 有効期間 令和	
	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第5条に規定する疾患に係る入院診断書の有無		有・無	
資格取得日	令和 年 月 日			

届出者確認：申請者本人・同居親族・その他 申請者との関係（ ）