

精神科通院医療費

〔 受給券 〕
〔 助成券 〕

〔 交付 〕
〔 更新 〕

申請書

	氏 名										生年月日	現住所	加入医療保険		
	個人番号												記号番号・保険者名・所在地		
①助成対象者											年 月 日		記号	番号	
② 配偶者											年 月 日		保険者名		
③扶養義務者											年 月 日		所在地		
④ 保護者											年 月 日				

扶養親族等控除	所得状況		助成対象者の所得状況		配偶者の所得状況		③の扶養義務者の所得状況		
⑤ 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数(うち障害・老人扶養親族の数)	人	障 人 老 人	人	障 人 老 人	人	障 人 老 人	人	障 人 老 人	
⑥ 前年の所得		円		円		円		円	
控 除	⑦ 雑損		円		円		円		
	医療費		円		円		円		
	社会保険料等相当分		円		円		円		
	小規模企業共済等掛金		円		円		円		
	配偶者特別控除		円		円		円		
	障害者(特別障害者除く)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	※	円	人	※	円	人	※
	特別障害者である控除対象配偶者および扶養親族の合計数	人	※	円	人	※	円	人	※
	障害者、特別障害者、老年人、寡婦(夫)、勤労学生の別	障 特障 老 寡 勤	※	円	障 特障 老 寡 勤	※	円	障 特障 老 寡 勤	※
	地方税法附則第6条第1項及び租税特別措置法第24条の免除に係る所得額			円			円		円
	本年の災害	円	※	円	円	※	円	円	※
※ 控除後の所得額			円			円		円	
⑧ 精神障害者保健福祉手帳番号	号		級	年 月 末まで有効					
⑨ 自立支援医療費(精神通院)受給者番号	号			年 月 末まで有効					
⑩ 児童扶養手当証書番号				⑪ 年金証書番号					

近江八幡市精神障害者精神科通院医療費助成事業実施要綱の規定により、受給券等を交付・更新されたく申請いたします。対象者、配偶者及び扶養義務者について、近江八幡市における住民基本台帳、外国人登録簿、国民健康保険被保険者台帳及び住民税課税台帳の公簿の閲覧等を近江八幡市長が行うことを承諾します。これらを転入等で近江八幡市で確認できない場合は、必要な各種証明書を提出します。当該助成事業に関わる関係機関に個人情報を提供することを承諾します。また、保険者から附加給付又は高額療養費を受けたときは、近江八幡市に返還することを確約します。

年 月 日

申請者

住所

氏名

印

近江八幡市長 宛

電話