

(区市町村送付用)

受領印欄

国保受給者証(精神通院)交付申請書

区市町村長 殿

年 月 日

私は、国保受給者証(精神通院)について申請します。(申請項目に○印を付けてください。)

【新規・更新・再開・受給証追加交付・他の区市町村からの居住地変更による国保受給者証交付】

氏名・医療機関等の変更有る場合は、項目に○をしてください。	本人	フリガナ																年齢	生年月日	昭和・平成		
		氏名	(姓)											(名)						年	月	日
		住所	郵便番号										電話					()				
	保護者	氏名	(姓)											(名)	本人との関係	父母兄弟	子	配偶者	祖父母	その他		
		住所	郵便番号										電話					()				
	保険証	被保険者証記号						被保険者証番号						保険者番号								
		受診者と同一保険の加入者																				
	本人の住民票上の住所		(本人の居所(住所)と住民票上の住所が異なる場合に記入してください。)																			
	医療機関等	医療機関(所在地)											電話	()								
		薬局(所在地)											電話	()								
その他(所在地)												電話	()									
申請者	氏名											本人との関係										
	住所	郵便番号										電話					()					

- 注) 1 保護者住所及び電話番号は本人と異なる場合に記入してください。
 2 既に自立支援医療受給者証(精神通院)が交付されている場合は、受給者証の写しを添付してください。
 ※受給者証の写しが添付できない場合は、下の同意欄へ署名又は押印をしてください。
 3 国民健康保険法第113条の2に基づき、国保受給者の有効期間中に、課税状況を確認させていただくことがあります。
 この際、市町村(区)民税にかかる申告がされていないと、国保受給者証の返還を求める場合があるため、必ず毎年届出を行ってください。

----- ここから下の欄には記入しないでください -----

自治体記入欄	確認事項(区市町村)		所得区分(区市町村)		※自立支援医療(精神通院)支給認定申請の決定内容を申請先に確認することについて、同意します。 署名又は押印
	・医師の診断書(意見書)		生活保護	中間層 I	
	・精神障害者保健福祉手帳(級)		低所得 I	中間層 II	
	・医療保険の被保険者証等の写		低所得 II	一定以上	
	・生活保護受給世帯の証明書		備考		
・区市町村民税非課税証明書					
・標準負担額減額認定証					
・区市町村民税課税証明書					
・その他収入等を証明する書類					
()					