

第2号様式 (第2条関係)

国保受給者証 (精神通院) 交付申請書

(宛先) 大田区長

受領印欄

年 月 日

私は、国保受給者証 (精神通院) の交付について申請します。(申請項目に○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・医療機関等の変更がある場合は、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				電話番号 ( )				
	保護者	氏名	(姓)	(名)			本人との関係	父母兄弟	子	配偶者	その他
		住所	郵便番号				電話番号 ( )				
	保険証	被保険者証記号			被保険者番号			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)					電話番号 ( )				
		薬局(所在地)					電話番号 ( )				
その他(所在地)						電話番号 ( )					
申請者	氏名					本人との関係					
	住所	郵便番号				電話番号 ( )					

- 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、国保受給者証の有効期間中に、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)民税に係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、必ず毎年申告を行ってください。

-----ここから下の欄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	
	・医療保険資格が確認できる書類	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 ( )			