別記様式第１号（第３条関係）

精神障害者医療費受給者証交付申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　所 | （電話番号　　　　－　　　　－　　　　） |
| 配偶者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　所 | □申請者と同居　※同居の場合は、記載は不要です。 |
| 扶養義務者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　所 | □申請者と同居　※同居の場合は、記載は不要です。 | 申請者との続柄 |  |
| 障害等の状況 | 精神障害者保健福祉手帳番号 | 手帳番号　　　　第　　　　　　　号更新年月日　　　　　　年　　月　　日 | 等級 | □１級 |
| 自立支援医療費受給者番号 | 受給者証番号　　　　第　　　　　　　号有効期限（終期）　　　　　年　　月　　日 | － | － |
| 加入保険等 | 被保険者氏名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 記号・番号 | 記号 | 番号 |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |
| 資格取得年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 被保険者住所 | □申請者に同じ　※申請者と同じ場合は、記載は不要です。 |
| 上記のとおり、精神障害者医療費受給者証の交付を申請します。また、府中市精神障害者医療費支給条例の規定による医療費の支給及び受給者証の有効期間の更新に係る要件について審査するため、府中市が所得の状況、世帯の状況等について調査をすることに同意します。なお、このことについては、配偶者及び扶養義務者の同意を得ています。府中市長　様　　　　　　年　　　月　　　日　　申請者　　　住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　 |

※　次の欄には、記載しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受給資格発生理由 | 障害申請・転入・保険資格取得・生保廃止・所得該当・制度区分変更６５歳到達・その他 |
| 後期高齢者医療の加入状況 | 資格取得年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 番号 |  |
|  | 申請者 | 配偶者 | 扶養義務者 | 受給者番号 |  |
| 所得状況 | 扶養人数 | 人 | 人 | 人 | 有効期限 | 　　年　月　日から　　年　月　日まで |
| 控除後所得額 |  |  |  |
| 所得制限限度額 |  |  |  | 受給者番号 |  |
| 備考 |  | 有効期限 | 　　年　月　日から　　年　月　日まで |
| 審査結果 | 認　定・却　下 |
| 交付年月日 | 年　　月　　日 |