

心身障害者医療費受給資格確認申請書

(精神障害者保健福祉手帳所持者用)

令和 年 月 日

笠岡市長様

心身障害者医療費受給資格及び所得区分の認定を関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり公簿により私の世帯の所得、国民健康保険、後期高齢者医療制度の加入状況及び医療保険上の適用区分（所得区分）を確認されることを承諾します。

また、高額療養費について貴市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市へ支払います。

申請者	フリガナ		男・女	生年月日	昭・平	年	月	日
	氏名					(満)	歳)	
	住所	〒 714- 笠岡市		TEL ( ) -				
	交付申請事由	精神障害者保健福祉手帳 1 級						
	精神障害者保健福祉手帳	手帳番号	第 号					
交付年月日								
有効期限								

※裏面も記入してください。

ここから下の欄には記入しないでください

市町村記入欄

申請受付年月日	令和 年 月 日	交付決定年月日	令和 年 月 日
所得制限	該当 ・ 非該当		
今回所得区分	低所得 I ・ 低所得 II ・ 一般 ・ 一定以上		
所得確認書類	課税証明書 ・ 非課税証明書 ・ その他 ( )		
受給資格者番号			
備考			

加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名		対象者との続柄		
	保険種別		国・退・協・組・後・国組・船・共	被保険者証の記号番号	
	保険者名(発行機関名)		所在地		
	対象者と同じ医療保険に加入している者<※1>	氏名		住所	
		氏名		住所	
		氏名		住所	
		氏名		住所	
		氏名		住所	
附加給付		有(内容: )・無			
特定疾病療養受療証の有無		有 ・ 無 ※対象者が証の交付を受けている場合は、有に○を記入ください。			
世帯の状況	※1以外の世帯員<※2>	氏名		加入する医療保険種別	国・退・協・組・後・国組・船・共
		氏名		加入する医療保険種別	国・退・協・組・後・国組・船・共
		氏名		加入する医療保険種別	国・退・協・組・後・国組・船・共
		氏名		加入する医療保険種別	国・退・協・組・後・国組・船・共
		氏名		加入する医療保険種別	国・退・協・組・後・国組・船・共
		氏名		加入する医療保険種別	国・退・協・組・後・国組・船・共
他の公費負担制度による医療費の支給		有(制度名: )・無			

(記入上の注意)

- <※1>欄には、対象者と同じ医療保険に加入する人(被保険者、被扶養者)全員の氏名・住所を記入してください。
- <※2>欄には、対象者と同一世帯であるが、別の医療保険に加入している人がいる場合、その氏名を記入し、加入する医療保険の種別を選んでください。

**(添付書類)**

**○ 医療保険の保険証の写し**

- ※ 対象者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すものの写し。(カード型の被保険者証等については、その券面の写しが該当。以下同じ。)
- ※ あわせて、対象者と同じ医療保険に加入する人の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すものの写し。

**○ 市町村民税の課税・非課税証明書**

- ※ <※1><※2>欄のうち、今年笠岡市に転入した人またはほかの市町村で課税されている人の課税・非課税証明書