

様式第 1 号（第 4 条関係）

袖ヶ浦市精神障害者医療費等受給資格登録申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

住 所
氏 名
(対象者との続柄：)
電話番号

袖ヶ浦市精神障害者医療費等給付条例第 6 条の規定により、精神障害者医療費等受給資格の登録を下記のとおり申請します。

記

対 象 者	ふ り が な		性別	生年月日		
	氏 名		男 ・ 女	年 月 日		
	住 所					
	電 話 番 号		個 人 番 号			
保 護 者	ふ り が な		対 象 者 と の 関 係			
	氏 名					
	住 所					
	電 話 番 号		個 人 番 号			
加 入 医 療 保 険	保 険 種 別	社保・共済組合・国保・国保組合・後期高齢・その他（ ）				
	保 険 者 名					
	被 保 険 者 名		個 人 番 号			
	住 所					
	記 号 番 号					
治療状況		通院 （ 自立支援医療（精神通院医療）・後期高齢者医療 ） ・ 入院				
振 込 先	銀行 ・ 金庫 ・ 組合 ・ 農協 本店 ・ 支店					
	ふ り が な		口 座 番 号		普通 ・ 当座	
	口 座 名 義					

世帯調書

基準世帯員	氏名	続柄	性別	生年月日	個人番号

同意書

精神障害者医療費等受給資格登録申請をするに当たり、下記の事項について、同意します。

記

1 精神障害者医療費等の受給資格の確認のため、受給資格を有する期間中における本人及び世帯員の住民基本台帳及び課税台帳について調査することに同意します。

2 高額医療及び高額介護合算療養費制度の該当となった場合、医療重複額についての調整に関する一切の手続を袖ケ浦市長に委任することに同意します。

3 高額療養費の支給が該当となる場合

保険者から高額療養費が未支給であるために、袖ケ浦市が交付した給付金が過払いとなっている場合は、ア又はイに同意します。

ア 私が保険者から高額療養費を受領するときは、袖ケ浦市の過払い相当額を私が袖ケ浦市に返還します。

イ 袖ケ浦市が保険者から過払い相当額を直接受領する場合は、それにより私に高額療養費が支給されたとすることに同意します。

氏 名 ㊞