

第1号様式（第4条、第6条関係）

精神障害者医療費助成受給者証交付（更新）申請書

年 月 日

柏崎市長 様

住 所 柏崎市

氏 名

次のとおり、受給者証の 新規交付 更新交付 を申請します。

受給者 (申請者)	氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所	〒 柏崎市				送付先	有 無
	受療者との続柄			電話番号			
	助成金振込口座	金融機関	銀行 信金 農協 信組 ()		支店 ()		
口座番号		普通		口座名義人 (カタカナ)			
受療者 (障害者)	フリガナ氏名			生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		
	住 所	〒 柏崎市					
	医療保険	保 険 者			附 加 給 付	有 ・ 無	入院医療機関
記号・番号							
被保険者 (組合員)							

※医療機関記入欄	入 院 証 明	患者氏名			入院開始日	年 月 日	
		上記のとおり、精神病床に入院していることを証明します。				年 月 日	
		医療機関	所在地	名称	代表者	Ⓜ	

以下、福祉課記入欄

決 裁	課 長	係長	係 員		担 当	受 付	
						起 案	
						決 裁	
旧受給者番号		手 帳	自立支援医療	県単	保存期間	公開・非公開の区分	
					5年	一部非公開（情報公開条例第6条第2号該当）	
審査結果	可・否	有効期間	()年 月 日から	()年 月 日まで	受給者番号	—	

《対象者チェックリスト》

● 受療者の条件

この助成制度を利用できるのは、入院している方が次のすべてに当てはまる場合です。

- 生活保護を受けていない。
- 措置入院ではない。
- 後期高齢者医療制度の保険証ではない。
- 重度心身障害者医療費助成（県障）、ひとり親家庭等医療費助成（県親）、子どもの医療費助成、老人医療費助成（県老）を受ける資格がない。
- 70歳未満である。

● 受給者（申請者）の条件

助成金を受け取ることができる人は、次のどちらかに当てはまる方です。

- （入院患者本人の場合）柏崎市に住所があり、自分で入院医療費を支払っている人
- （入院患者以外の場合）入院患者本人と同じ世帯の世帯主または柏崎市に住所がある保護者で、入院医療費を支払っている人

《交付申請書に添付する書類等》

- 入院計画書（添付できないときはご相談ください）
- 受療者の保険証
- 振込口座の通帳またはキャッシュカード
- 受給者証（更新の場合のみ）

◆ 送付先・連絡先の希望（受給者と異なる場合）

氏名		受療者 との続柄	
住所	〒 (TEL)		
備考	<input type="checkbox"/> 本人には連絡しない（病識がない場合など）		