

精神科通院医療費 受給券
助成券 交付申請書

	氏名 個人番号		生年月日	現住所	加入医療保険			助成対象の 要否
					記号番号・保険者名・所在地		附加給付	
①助成対象者		男女	年 月 日		記号	番号	有 無	要 否
②配偶者		男女	年 月 日		保険者名			
③扶養義務者		男女	年 月 日		所在地			
④保護者		男女	年 月 日					

所得状況		助成対象者の所得状況		配偶者の所得状況		③の扶養義務者の所得状況	
扶養親族等控除							
⑤控除対象配偶者および扶養親族の 合計数(うち障害・老人扶養親族の数)		障 人	老 人	障 人	老 人	障 人	老 人
⑥前年の所得		円		円		円	
⑦控除	雑損	円		円		円	
	医療費	円		円		円	
	社会保険料等相当分	円		円		円	
	小規模企業共済等掛金	円		円		円	
	配偶者特別控除	円		円		円	
	障害者(特別障害者除く)である控除 対象配偶者および扶養親族の合計数	人	※	円	人	※	円
	特別障害者である控除対象配 偶者および扶養親族の合計数	人	※	円	人	※	円
	障害者、特別障害者、老年人、 寡婦(夫)、勤労学生の別	障 老	特 寡	障 老	特 寡	障 老	特 寡
	地方税法附則第6条第1項お よび租税特別措置法第24条 の免除に係る所得額	円		円		円	
	本年の災害	円	※	円	円	円	円
※控除後の所得額		円		円		円	
⑧精神障害者保健福祉手帳番号		号	級	年 月 末まで有効			
⑨自立支援医療費(精神通院)受給者番号		号	年 月 末まで有効				
⑩児童扶養手当証書番号				⑪年金証書番号			

上記の通り精神科通院医療費(受給券・助成券)の交付申請・届出します。

年 月 日

申請者 住所

湖南市長 あて 氏名



○※印の欄は、記入しないでください。 ○精神障害者保健福祉手帳を持参して下さい。 ○ご本人が署名する場合は、押印は不要です。