

相模原市精神障害者入院医療援護金支給申請書兼同意書

年 月 日

相模原市長 あて

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

申 請 者 氏 名 \_\_\_\_\_

入院患者との続柄 \_\_\_\_\_ 電 話 \_\_\_\_\_

次のとおり精神障害者入院医療援護金の支給を申請します。

本申請に当たり相模原市が必要に応じて入院患者及び世帯員の住民票、市民税の課税状況及び入院患者の相模原市医療費助成条例に基づく助成状況について確認することに同意します。

入院患者氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日
入院患者住所	相模原市		
入院患者家族氏名 (申請者が家族の場合、申請者は除く)	① 住所： 同 上 氏名：	② 住所： 同 上 氏名：	
	③ 住所 同 上 氏名：	④ 住所： 同 上 氏名：	
保険等種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険（本人・家族） <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 自費		
入院医療援護金の受領	<input type="checkbox"/> 入院している病院の病院長に委任する。(病院に事前にご相談ください。) <input type="checkbox"/> 入院している病院の病院長に委任しない。(個人の口座に支払います。)		
添付書類	<input type="checkbox"/> 課税証明書 (本市で課税されている方は提出を省略することができます。) <input type="checkbox"/> 支払金口座振替依頼書、通帳のコピー (援護金の受領を入院している病院の病院長に「委任しない」場合のみ添付してください。)		
被保険者証	保険者名称	記号番号	
		付加給付	有 無
入院先病院名及び所在地			
入院年月日	年 月 日	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 所持 ( 級) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 無
市記入欄	住民税所得割税額・本人分		手帳申請    有 ・ 無
	住民税所得割税額・扶養義務者分		手帳所持    有 (1・2・3) ・ 無
	住民税所得割税額合計		重度障害者医療費助成    有 ・ 無
	認定番号	<input type="checkbox"/> 年 月分から認定する。 <input type="checkbox"/> 申請を却下する。(理由 _____)	