

精神障害者医療費受給者証等交付申請書兼
精神障害者医療費受給資格等変更・喪失届

新規
変更
喪失

仮
受付印

国保
受付印

後期
県外

通院 入院 全疾病

*該当するものを○で囲む

受給者(認定書)番号
905-

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

住所 瀬戸市

申請者

氏名

(受給資格者)

(※転出は新住所)

生年月日 年 月 日

電話 (0561) - □本人□記入者□その他

携帯 () - □本人□記入者□その他

記入者

(記入者が受給資格者の場合は記入不要)

受給資格者との続柄
氏名 ()

私は、瀬戸市長が医療受給資格等の確認のため、公簿の閲覧をすることについて同意します。
また、保険者に医療給付内容等の確認をすることに同意し、下記のとおり申請(届出)します。

新規	申請事由	通院助成	入院助成	全疾病の助成			
		<input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証(精神)取得 <input type="checkbox"/> 転入 【自立支援医療受給者証(精神)】	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉法第5条該当の入院(診断書) <input type="checkbox"/> 精神手帳1・2級のみ	<input type="checkbox"/> 精神手帳1・2級と自立支援医療受給者証(精神)の両方を所持			
変更	変更事由	自立支援医療受給者証(精神通院)の記載事項	精神障害者保健福祉手帳の記載事項				
		<input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 有効期間変更(自立支援医療受給者証) <input type="checkbox"/> 病院/薬局 変更/追加(自立支援医療受給者証) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 精神手帳の級変更(→) <input type="checkbox"/> 精神手帳有効期限更新(現: 級) <input type="checkbox"/> その他()				
喪失	喪失事由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 自立支援医療有効期間切れ <input type="checkbox"/> 後期高齢者福祉医療制度該当(後期高齢者福祉医療受給者番号:) <input type="checkbox"/> その他() (年 月 日死亡・転出・該当等)					
受給資格者		住所	瀬戸市				
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		氏名	年 月 日生				
精神手帳	番号	級	有効期限	令和 年 月 日(交付・変更日) 令和 年 月 日(期限)			
自立支援医療受給者証	受給者番号	有効期限	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
	担当医療機関(病院等)	医療機関番号					
	担当医療機関(薬局)						
	担当医療機関(デイケア)						
異動年月日		令和 年 月 日 取得・変更・喪失					
受給者証・認定書の有効期限		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
受給者証・認定書		受付	審査	入力	点検	受給者証	認定書
<input type="checkbox"/> 窓口で交付済(年 月 日) <input type="checkbox"/> 未交付 【旧受給者証・認定書回収状況】 年 月 日 回収・後日郵送						<input type="checkbox"/> 全疾病 <input type="checkbox"/> 通院	通院 <input type="checkbox"/> 県外 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 入院

令和 7.12.改正

年 月 日 発送・交付済