

自立支援医療（精神通院）申請等に関する申立書

尼崎市長 様

年 月 日

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

日中の連絡先 (_____)

(1) 自立支援医療（精神通院）受給者証について、以下のとおり希望します。

- 郵送による交付（自宅・医療機関（ _____ ））※いずれも普通郵便での郵送となります。
- 窓口での受取（北部地域保健課 ・ 南部地域保健課 ・ 疾病対策課）

※送付先を受給者住所以外にする場合

送付先住所：

宛名：

（続柄： _____）

(2) 自己負担上限額決定にかかる課税状況等に関する申立について

課税世帯である

非課税世帯もしくは市民税無申告である

自立支援医療（精神通院）の利用にあたり、申請者の当該年(※1)の収入額(※2)は次のとおりであることを申し立てます。

_____円(※3)

以下に該当する方はチェックを入れてください。

- 年度途中で市民税の修正申告をした。
- 医療保険の高額療養費多数該当者である。
- みなし寡婦（夫）である。

(※1)当該年とは、申請のあった日の前年（1～6月の場合は前々年）のこととなります。

(※2)収入額とは、給与所得・老齢年金・遺族年金・障害年金・各種手当・その他収入の合計額となります。

(※3)非課税世帯（生保除く）の方は、収入の額によって月額自己負担上限額が変わりますのでご協力ください。

<input type="checkbox"/> 収入が80万円以下	<input type="checkbox"/> 収入が80万円を超える
月額自己負担上限額 2,500円	月額自己負担上限額 5,000円

※情報連携等で得られた公的情報に基づき確認を行うため、お申し立ての内容に差がある場合、上限区分が異なる場合もあります。

「受診者及び受診者と同一保険の加入者（基準世帯員）」情報について

- 現在、基準世帯員の住民基本台帳はすべて尼崎市にあり、1月1日時点(1～6月申請の場合は昨年1月1日)の住所地は尼崎市であることを申し立てます。→下記の記載は不要です。
- 上記以外のため、下記のとおり申し立てます。(※)1～6月申請は昨年1月1日時点の住所地となります。

フリガナ	性別	続柄	生年月日	上段：現住所(住民票が尼崎市外の方のみ記載)
氏名				下段：1月1日時点の住所地(尼崎市外のみ記載)
受診者	/	本人	/	現住所： 都道府県名： _____ 市区町村名： _____
世帯員			年 月 日	現住所(市外のみ)： 都道府県名： _____ 市区町村名： _____
世帯員			年 月 日	現住所(市外のみ)： 都道府県名： _____ 市区町村名： _____