

【後見人記載例】

第1号様式（第2条関係）

浜松市記入欄

宛名番号：

あて先 浜松市長

令和元年11月15日

精神障害者医療費助成申請書

医療費助成を受けたいので、次のとおり申請します。

1. 申請者（入院者本人）

住所	〒430 - 8652 浜松市中区元城町500 市営住宅花5棟			
(フリガナ)	ハママツ タロウ			
氏名	浜松 太郎	生年月日	大正 10年1月1日 (84歳) 昭和 平成	
連絡先	(053) - 400-1111			
加入している保険者名称または組合の名称	記号・番号	被保険者（組合員）氏名		
<input checked="" type="checkbox"/> 浜松市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 静岡県後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会静岡支部（協会けんぽ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	12345678	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号(右詰めで記入)	本人口座名義（カタカナで記入）
遠州 銀行 金庫 農協	中央 本店 支店 出張所	普通 当座	1 2 3 4 5 6 1	ハママツタロウ セイネンコウケンニ ハマキタユメコ <input type="checkbox"/> 債権振込依頼書と同じ
(代理人記入欄)				
住所	浜松市中区松城町2222			(後見人・親権者確認資料) 登記事項証明書
氏名	浜北 夢子	(続柄)	成年後見人	後見人はここに記入 本人印が無い場合 は、 後見人印押印 ※住基・戸籍等/ 登記事項証明書確認
連絡先	053-300-1111			()

*注意事項 ①重度心身障害者医療費助成（入院対象外の方は申請できません）、母子家庭医療費助成等、他の制度で申請された場合は対象になりません。
②提出期限は、入院期間が1か月を超えた日の属する月の翌月15日から起算して1年以内です。

2. 医療機関証明記入欄

入院者氏名									
診療月	平成・令和	年	月	分	平成・令和	年	月	分	
入院時の医療に係わる 保険適用分自己負担額	円		円		円				
上記診療月の入院期間	平成・令和	年	月	日	～	平成・令和	年	月	日
入院日	昭和・平成・令和	年	月	日					
精神疾患の病名									
入院の種別	1 医療保護入院			2 任意入院					
上記のとおり証明します。									
令和	年	月	日	所在地					
			医療機関名	名称					
			管理者名		印				

3. 浜松市記入欄

診療月	平成・令和	年	月	分	平成・令和	年	月	分	平成・令和	年	月	分
自己負担額	円		円		円							
付加給付（円）	円		円		円							
支給決定額	円		円		円							
<申請>	<非該当チェック項目>				<チェック項目確認者>			<支給決定年月日>				
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> 母子家庭医療費助成 <input type="checkbox"/> 小・中・高校生世代医療費助成 <input type="checkbox"/> その他（ ）				(中・東・西・南・北・浜北・天竜) 区社会福祉課 担当（ ）							