

精神科通院医療費 (受給券
助成券) (交 付
更 新) 申請書

区 分	氏 名	男 女 別	個 人 番 号		現 住 所	加 入 医 療 保 険			象 要 否
			生 年 月 日			記号番号・保険者名・所在地	附加		
① 助 成 対 象 者		男 女	大・昭 平・令	年 月 日		記号番号	保険者名	有 無	要 否
② 配 偶 者		男 女	大・昭 平・令	年 月 日		記号番号	保険者名	有 無	要 否
③ 扶 養 義 務 者		男 女	大・昭 平・令	年 月 日		/			
④ 保 護 者		男 女	大・昭 平・令	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								
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	障 老	人	人	障 老	人	人	
⑥ 前年の所得			円			円	円	
控 除	雑 損		円			円	円	
	医 療 費		円			円	円	
	社会保険料相当分		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	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	円
	障害者、特別障害者、勤労学生、寡婦、ひとり親控除	障 特障	※	円	障 特障	※	円	円
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	
※ 控除後の所得額								
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				

上記のとおり精神科通院医療費(受給券・助成券)の(交付・更新)を申請します。
 なお、有効期間の更新にあたり、世帯の所得状況を調査・確認されることに同意します。

年 月 日

申請者

住所

氏名

高島市長様

電話番号 ()

○ ※印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ください。