

健康管理費支給申請書

(あて先) 京 都 市 長		年	月	日
京都市重度障害老人健康管理費支給制度実施要綱第5条の規定により、健康管理費の支給を申請します。				
申請者	住所	京都市	区	
	フリガナ			
配偶者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	氏名			
扶養義務者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	氏名	受給対象者との続柄()		
<input type="checkbox"/> 次のいずれかに該当する扶養義務者(受給対象者の直系血族及び兄弟姉妹)の全員を扶養義務者欄に記載した。 ・受給対象者と同居している者(住民票は別世帯の者も含む) ・同居していないが受給対象者を税法上の控除対象扶養親族として申告している者				
身体障害者手帳	手帳番号	(第)		級
療育手帳	手帳番号	(第)	平成 年 月 日 (更新) 年 月 日	級判 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
精神障害者保健福祉手帳	手帳番号	(第)	号	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令
障害名	<input type="checkbox"/> (現在の精神障害者保健福祉手帳の)			
後期高齢者医療被保険者証の被保険者番号				
他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるか否か		受けられる	制度名	費用徴収の有無
		受けられない	()	有 ・ 無

日中つながりやすい電話を記入してください。(携帯電話など)

配偶者(別居中や事実婚の場合も含みます)や、扶養義務者がいる場合は、全員記入してください。

該当する扶養義務者をもれなく記載したことを確認したうえで、必ずチェックを入れてください。

該当する場合のみ、チェックを入れてください。

自立支援医療(精神通院医療)など、ほかの制度で医療費が支給される場合は、「受けられる」に○をして、制度名を記入してください。受けられない場合は、「受けられない」に○をしてください。

同 意 書

(あて先) 京 都 市 長

京都市重度障害老人健康管理費支給制度実施要綱第3条第1項の(4)に関する所得調査(新規・更新)に同意します。

委 任 状

京都府内所在の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者及び施術所等(以下「協力医療機関等」という。)の長に対して、次の事項を委任します。

私が、京都市重度障害老人健康管理費支給制度の資格を喪失するまでの間に、京都市から給付を受ける京都市重度障害老人健康管理費支給制度給付金の請求及び受領に関すること。

ただし、私が、京都府内所在の協力医療機関等において、健康管理指導を受け、京都市から重度障害老人健康管理費支給制度給付金が受けられる場合であって、協力医療機関等の長と私との間に金銭貸借関係がある場合に限ること。

なお、上記により請求及び受領した重度障害老人健康管理費支給制度給付金については、金銭貸借関係の清算金に充当されたいこと。

年 月 日

受給対象者 住 所

氏 名

配 偶 者 住 所

氏 名

扶養義務者 住 所

氏 名

・制度の認定に必要な所得調査を京都市が行うことに同意
 ・京都府内の病院等を受診した場合に給付金の受領を病院長等に委任(※京都府内の病院等で窓口支払いがなくなる仕組みにするために必要な委任です)

「同意」と「委任」の内容を確認して、受給対象者、配偶者、扶養義務者の住所・氏名を記入してください。

後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者 番 号		氏 名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号	
他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か			
受けられる	(制度名 -)	(費用徴収の 有・無)	
受けられない	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; color: blue; font-weight: bold;"> 自立支援医療(精神通院医療)など、ほかの制度で医療費が支給される場合は、「受けられる」に○をして、制度名を記入してください。 受けられない場合は、「受けられない」に○をしてください。 </div>		
(あて先)			
京都府後期高齢者医療広域連合長			
上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。			
年 月 日			
申請者 住所			
氏 名			

高額療養費についての事項です。

後期高齢者医療制度に加入している(または、これから加入する)受給対象者の住所・氏名を記入してください。

高額療養費及び高額介護合算療養費に係る代理受領委任状

京都府の区域内に所在する保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者及び施術所等(以下「協力医療機関等」という。)の長、並びに京都市長に対して、次の事項を委任します。

私が、京都市重度障害老人健康管理費支給制度の資格を喪失するまでの間に、京都府後期高齢者医療広域連合から給付を受ける高齢者の医療の確保に関する法律第84条に規定する高額療養費及び同法85条に規定する高額介護合算療養費の受領に関すること。

ただし、私が、協力医療機関等において健康管理指導を受け、京都市から重度障害老人健康管理費支給制度給付金が受けられる場合であって、協力医療機関等の長と私との間に金銭貸借関係がある場合に限ること。

(あて先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

(委任者) 住所

氏名

・京都府内の病院等を受診した場合に高額療養費等の受領を京都市と病院長等に委任(※京都府内の病院等で窓口支払いがなくなる仕組みにするために必要な委任です)

委任の内容を確認して、後期高齢者医療制度に加入している(または、これから加入する)受給対象者の住所・氏名を記入してください。