

要綱第1号様式（規則第4条関係）

障害者医療費

日中に連絡のつきやすい番号の記入をお願いします。

申請

対象者本人又はその保護者（配偶者、親権を持つ者、後見人）の氏名を記入してください。

（宛先）京 都 市 長

申請者の住所

京都市 北区 ○○通○○町1

申請者の氏名

京都 太郎

（電話）

—

（携帯）

090 - ××××× - ×××××

対象者との続柄（父）

京都市重度心身障害者医療費支給条例第4条第1項の規定により受給者証の交付を申請します。

対象者	住所	☐ 申請者と同じ 京都市 上京区 △△通△△町1	電話	—
	生年月日	平成○年 ○月 ○日		
	氏名	☐ 申請者と同じ 京都 一郎		

申請者と対象者本人が同じ場合はチェックをお願いします。違う場合は対象者本人の住所、氏名、生年月日の記入をお願いします。

本件についてのやり取りを対象者本人が希望されない場合、電話番号の記入は不要です。

容	保健福祉手帳	☒ （現在の精神障害者保健福祉手帳の等級が2級の場合）更新前は手帳の等級が1級であった。
	障害の内容は別紙のとおり	

チェックをお願いします。

該当する場合はチェックをお願いします。更新前の手帳の等級確認は本市で行います。

保険者	☐ 申請者と同じ	電話	
-----	---------------------------------	----	--

対象者との続柄（

資格取得年月日

医療保険	証記号・番号		保険者番号	
	証発行機関の名称			

☒加入医療保険の詳細は別紙のとおり

チェックをお願いします。

ただし、上記の欄について、健康保険証の写しに記載されていない内容がある場合は記入をお願いします。

付加給付等

☐無

☒有

（内容 自立支援医療（精神通院医療）
※国・地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」は配偶者及び扶養義務者の状況）

他制度による医療費の支給を受けている場合は「有」にチェックし、名称を記入してください。受けていなければ「無」にチェックしてください。

（受給者を含む。）、別住所に

氏名	続柄	備考（別住所の場合は住所、連絡先）
----	----	-------------------

京都 太郎

昭和△△年 △月 △日

父

京都 花子

平成□年 □月 □日

妻

申請書下部に記載された3に該当する方の氏名を記入してください。

対象者本人と別住所の場合でも、冒頭の申請者欄に記入いただいた住所と同じ場合は、記入不要です。

同意書

（世帯状況、課税状況、生活保護受給の有無等）について同意します。

令和6年 ○月 ○日

（対象者氏名）京都 一郎

（氏名）京都 太郎

（氏名）京都 花子

（氏名）

（氏名）

（氏名）

注1 該当する□には、レ印を記入してください。

注2 「加入医療保険」の欄において、保険の種類により「被保険者」は、加入者、組合員又は世帯主に読み替えるものとします。

注3 「配偶者及び扶養義務者の状況」の欄には、以下に該当する方を全て記載してください。

- ・配偶者（別居の配偶者及び婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含みます。）
- ・同一住所にお住まいの扶養義務者（住民基本台帳上で世帯分離している方も含みます。）
- ・別住所にお住まいの扶養義務者（健康保険や税で扶養関係がある方）

※本市使用欄

課 長 係 長 係 員

上記の申請に基づき裏面のとおり決定する。

年 月 日

本市使用欄及び裏面は記入不要