様式第１号（その５）（第３条関係）

受付印	受付者	入力者	確認者

精神障がい者医療費受給者証交付（受給資格）申請書MMMMMMMMMM

豊田市長　様

豊田市医療費助成条例第９条第１項の規定により、医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

太枠の中のみ記入してください。

個人コード	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	受給者番号	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

申請者	住　所　MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
	氏　名 電話（　　　）　－
	子ども医療費、心身障がい者医療費、母子・父子家庭医療費及び精神障がい者医療費の助成の資格認定に必要な身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳又は自立支援医療受給者証の認定状況並びに所得情報及び健康保険の加入状況等の公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）の閲覧に関し、同意します。 医療費の自己負担金額（豊田市が負担した金額）が高額療養費に該当する場合は、高額療養費受領の権限を豊田市長へ委任します。

受給者	フリガナ　MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	個人番号　MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
	氏名　MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	生年月日　MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
加入保険	記号・番号　MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	被保険者名　MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM
	保険者名　MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	保険者番号　MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

受給資格要件	精神障害者福祉手帳（０１１） □１級　□２級（等級変更日　年　月　日）		診断書による病名（００１）	
	手帳交付年月日	年　月　日	入　院　日	年　月　日
	手帳有効期限	年　月　日	資格取得日	年　月　日
	手帳交付通知日	年　月　日	自立支援医療受給者証（００１）	
	資格取得日	年　月　日	自立支援医療受給者番号	
	受給者証の有効期限		有効期限	年　月　日から 年　月　日まで
	開始日	年　月　日		
	終了日	年　月　日	旧受給者証回収日	年　月　日

（備考）

保険変更　有・無　□番号・本人確認　□被保険者名記載

MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

MMMMMMMM