

○この用紙は申出人が記入してください。

自立支援医療費(精神通院)償還払い申出書

○記入上の注意

1 申出書の記入にあたっては、「自立支援医療費(精神通院)償還払いのご案内」をお読みいただき、記入例を参考に、不備のないよう、記入してください。

2 太枠内のみ記入してください。

3 償還払い申し出書類の送付(提出)先は、区保健福祉センターとなります。

4 償還払いの対象は下記の項目すべてに該当する方のみが対象となります。

- ・自立支援医療(精神通院)の制度を利用して「大阪メンタルクリニック梅田院」に通院されていた方
- ・受診時に「自立支援医療(精神通院)受給者証」を提示できなかったことにより3割の自己負担で受診していた方
- ・自己負担額に自立支援医療でまかなわれる予定であった公費負担医療を含めて支払いをされた方

医療費決定額 (大阪市記入欄)	百万	十万	万	千	百	十	円
--------------------	----	----	---	---	---	---	---

大阪市長 様			
年 月分 から 年 月分 (月) の自立支援医療費(精神通院)について下記のとおり償還払いを申し出ます。			
また、支給の決定に際し、医療機関・保険者・他の公費制度を所管する公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。			
年 月 日			
受診者	フリガナ氏名	受給者番号	
	フリガナ住所	電話番号 () -	
申出人	・ 受診者と同一		
	フリガナ氏名	受給者との続柄	
	フリガナ住所	電話番号 () -	

提出代行者記入欄

フリガナ氏名	受給者との続柄
フリガナ住所	電話番号 () -

※提出する者が申出人と異なる場合のみ、ご記入ください。

○この用紙は申出人が記入してください。

記入例

自立支援医療費(精神通院)償還払い申出書

○記入上の注意

- 1 申出書の記入にあたっては、「自立支援医療費(精神通院)償還払いのご案内」をお読みいただき、記入例を参考に、不備のないよう、記入してください。
- 2 太枠内のみ記入してください。
- 3 償還払い申し出書類の送付先は、区保健福祉センターとなります。
- 4 償還払いの対象は下記の項目すべてに該当する方のみが対象となります。
 - ・自立支援医療(精神通院)の制度を利用して「大阪メンタルクリニック梅田院」に通院されていた方
 - ・受診時に「自立支援医療(精神通院)受給者証」を提示できなかったことにより3割の自己負担で受診していた方
 - ・自己負担額に自立支援医療でまかなわれる予定であった公費負担医療を含めて支払いをされた方

記入しないでください。

医療費決定額 (大阪市記入欄)	百万	十万	万	千
--------------------	----	----	---	---

実際に自立支援医療で受診されている方

大阪市長 様

令和3年 11 月分 から 令和3年 12 月分 (2) の自立支援医療費(精神通院)について下記のとおり償還払いを申し出ます。

また、支給の決定に際し、医療機関・保険者・他 費制度を所管する公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。

令和 4 年 1 月 31 日

受診者 フリガナ 氏名	タロウ こころ 太郎	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
受診者 フリガナ 住所	オオサカシミヤコジマクナカノチョウ ミヤコジマ カイ 大阪市都島区中野町5-15-21 都島センタービル3階								
	電話番号 (06) 1 2 3 4 - 5 6 7 8								
申出人 フリガナ 氏名	こころ太郎成 オオサカシキタクナカノシマ オオサカシヤクシヨ カイ 大阪市北区中之島1-3-20 大阪市役所2階								
	電話番号 (06) 9 8 7 6 - 4 3 2 1								

・受診者と同じ 「受診者」と申出人が同じであれば、○で囲ってください。その場合、以下の欄は記入不要です。

法定代理人、もしくは法定相続人に限ります。

提出代行者記入欄

フリガナ 氏名		受診者との続柄
フリガナ 住所	電話番号 ()	-

※提出する者が申出人と異なる場合のみ、ご記入ください。