

○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。

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 (か月) 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。

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 () 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・他給付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ヨウ 大阪市都島区中野町5-15-21 ミヤコジマ 都島センタービル3階 電話番号 (06) 1234 - 5678								

・ 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。

申出人 フリガナ 氏名	タロウセイネシゴラケンジン こころ太郎成年後見人 健康 次郎	成年後見人
申出人 フリガナ 住所	〒123-456; オオサカシキタクナカノシマ 大阪市北区中之島1-3-20 オオサカシヤクシヨ カイ 大阪市役所2階 電話番号 (06) 9876 - 4321	

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。