

受給者がお亡くなりになられた後に、償還払い請求する場合は、「自立支援医療費（精神通院）申出書」と「自立支援医療費（精神通院）証明書（または領収書）」に加えて、次の書類が必要となります。

- 申出書（本紙）…記入例（裏面）を参考にご記入ください。
- 受給者と申出者の続柄がわかる公的書類の写し

申 出 書

（受給者氏名）_____は令和 年 月 日に

死亡したため、同人に支給される自立支援医療費（精神通院）については、下記の申出人名義の口座に振り込んでいただくようお願いいたします。

なお、自立支援医療費（精神通院）償還払いにかかる申し出、請求及び受領に関する行為について、私（相続人）が責任を負い、大阪市に対して一切の迷惑及び損害をおかけしません。

令和 年 月 日

大阪市長 様

申出者

住 所 _____

氏 名 _____

（受給者との続柄： _____）

連絡先（電話番号） _____

※ この申出書には、受給者と申出者の続柄がわかる公的書類を添付してください。

（戸籍謄本、続柄の記載のある住民票など（写しで可）

※ 償還払い請求には、「自立支援医療費（精神通院）償還払い申出書」と「自立支援医療費（精神通院）証明書（または領収書）」が必要です。

受給者がお亡くなりになられた後に、償還払い請求する場合は、「自立支援医療費（精神通院）申出書」と「自立支援医療費（精神通院）証明書（または領収書）」に加えて、次の書類が必要となります。

- 申出書（本紙）…記入例（本面）を参考に裏面の申立書をご記入ください。
- 受給者と申出者の続柄がわかる公的書類の写し

申 出 書

（受診者氏名） ころろ 太郎 は令和○年△月×日に

死亡したため、同人に支給される自立支援医療費（精神通院）については、下記の申出人名義の口座に振り込んでいただくようお願いいたします。

なお、自立支援医療費（精神通院）償還払いにかかる申し出、請求及び受領に関する行為について、私（相続人）が責任を負い、大阪市に対して一切の迷惑及び損害をおかけしません。

令和☆年▽月◎日

大阪市長 様

申出者

住 所 〇〇市△△町1-2-3

氏 名 ころろ 花子

（受給者との続柄： 妻 ）

連絡先（電話番号） ××××-××-××××

「自立支援医療費（精神通院）償還払い申出書」の申出人と同じ氏名をご記入ください。

※ この申出書には、受給者と申出者の続柄がわかる公的書類を添付してください。

（戸籍謄本、続柄の記載のある住民票など（写しで可））

※ 償還払い請求には、「自立支援医療費（精神通院）償還払い申出書」と「自立支援医療費（精神通院）証明書（または領収書）」が必要です。