

○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、大阪市こころの健康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			
受給者	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、大阪市こころの健康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6年 12 月分 から 令和7年 1 月分 (2) 月分 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 3 1 日

受給者	フリガナ氏名	こころ太郎	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
給者	フリガナ住所	オオサカシミヤコジマクナカノチョウ 都島センタービル3階								
		電話番号 (0 6) 1 2 3 4 - 5 6 7 8								
申出人	フリガナ氏名	こころ太郎成年後見人 健康 次郎	成年後見人							
	フリガナ住所	〒123-4567 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 (0 6) 9 8 7 6 - 4 3 2 1								

「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。