

# 申請書代理作成依頼書

八王子市福祉事務所長 あて

私は自立支援医療（精神通院）の更新（診断書不要）申請をしたいので、別紙の注意事項を承知したうえで、東京都知事及び八王子市長に提出する申請書の代理作成依頼を以下のとおり依頼します。

## 1 確認・同意項目（必ずお読みいただき、□にチェックを入れてください。）

<input type="checkbox"/>	ホームページにある注意事項や必要書類一覧表を確認した。
<input type="checkbox"/>	前回の申請時から住所・氏名・健康保険・病院・薬局・訪問看護ステーション（登録されている場合）に変更はない。また、病状及び治療方針にも変更はない。
<input type="checkbox"/>	申請者及び申請者と同一の生活保護利用世帯、健康保険に加入している世帯員について、自立支援医療受給者証交付に伴う月額自己負担額を確認するため、所得状況に関する情報、その他必要となる事項について、八王子市福祉事務所長が「課税台帳」等の公簿により確認することに同意します。 ※所得の申告の修正を <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 生活保護利用中（チェックをお願いします。）
<input type="checkbox"/>	東京都の「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則」及び「八王子市国民健康保険条例」に基づく医療費の補助を受けられる場合、あるいは更新の際に所得区分変更等が生じる場合には追加で申請書類の作成が必要になるので、それらの書類も八王子市福祉事務所長が代理作成することに同意します。

## 2 自立支援医療（精神通院）は原則1つの医療機関、1つの薬局の登録となります。

現在御利用されている受給者証に、追加の医療機関等がある場合は、その医療機関等の名称と追加の理由を御記入ください。（追加する医療機関等が複数ある場合はその件数分申請書代理作成依頼書を印刷して記入してください。）

※記載のない場合は、更新時より追加医療機関等は自立支援医療の適用となりません。

追加する医療機関等の名称	
追加の理由 (主治医の指示内容等)	

## 3 非課税世帯の方は、受診者本人の収入がわかる書類のコピーが必要な場合があります。

障害年金や遺族年金等を 受けている 受けていない 受けているが書類が用意できない

(□にチェックを入れてください。老齢年金は含みません。)

※受けている場合は令和5年中に受けた額がわかる書類のコピーを添付してください。

※受けているにチェックがあるにもかかわらず、書類の添付がない場合は、受けているが書類が用意できないとみなします。

## 4 精神障害者保健福祉手帳の期限に合わせる手続きを希望しますか。

する しない (□にチェックを入れてください。)

※希望される場合は精神障害者保健福祉手帳のコピーが必要です。

※希望するにチェックがあるにもかかわらず、手帳のコピーの添付がない場合は、希望しないものとみなします。

申請者（本人）

氏名		生年月日	明・大・昭 平・令	年	月	日
住所		連絡先				
		受給者番号				

申請書代理作成依頼書を提出した者（本人以外の場合）

氏名		本人との関係 (○印)	父・母・子・配偶者・兄弟姉妹 祖父母・その他( )
住所		連絡先	

※本人との関係によっては確認のため、連絡させていただく場合があります。