

申出書兼誓約書

碧南市国保年金課長 殿

私は下記の項目に該当し、自立支援医療受給者証（精神通院）を取得することができない旨を申し出ます。

1 自立支援医療受給者証（精神通院）を取得できない理由について

現在、精神科に入院しているため。なお、退院後は速やかに自立支援医療受給者証（精神通院）を取得します。

医療機関名

入院期間 令和 年 月から 令和 年 月までの予定

自立支援医療の対象ではない疾病等により精神保健福祉手帳を取得しているため。

その他の場合、具体的な理由をご記入ください。

()

2 誓約内容について

私は、精神障害者医療費受給者証交付（更新）申請を行うに当たり、下記の事項を誓約いたします。

- (1) 上記1における記載事項は、事実に相違ありません。
- (2) 上記1における記載事項に虚偽の記載があった場合は、精神障害者医療費受給資格を喪失することに同意します。
- (3) 偽りその他不正な手段により医療費の支給を受けた場合、当該医療費の自己負担分を返還します。

令和 年 月 日

受給者住所

受給者氏名