第13号様式の2

(裏面)

　　精神障害者医療費受給資格(後期高齢者)の認定申請及び精神障害者医療費助成金(後期高齢者)の支給にあたり、以下のことを確認し、同意します。

　　・本受給資格申請の審査を受けるために必要な、所得等の情報を閲覧・使用すること。

　　・本助成金の算出のため、精神障害者医療費受給資格(後期高齢者)の情報を、奈良県後期高齢者医療広域連合に提供すること。

　　・本助成金の算出のため、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)による後期高齢者医療の給付に関する情報を利用すること。

　　・本助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　御杖村長　殿

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

　なお、助成金は下記口座に振り込んでください。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　御杖村長　殿

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 口座振替依頼欄 | 金融機関名 | 銀行信用金庫信用組合 | 本店支店出張所 |
| 金融機関コード | 　 | 　 | 　 | 　 | 店舗コード | 　 | 　 | 　 |
| 預金種別 | 普通・当座・その他 | 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 口座 | フリガナ |
| 　 |

|  |
| --- |
| 　(委任状)　私は、　　　　　　　　　　を代理人と定め、次の権限を委任する。精神障害者医療費助成金(後期高齢者)の受領に関すること。　申請者の住所、氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　代理人の住所、氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |