

重度心身障害者(児) 医療費受給資格登録申請書

年 月 日

坂井市長 殿

申請者
(保護者) 氏名 _____
(対象者との関係 _____)

下記のとおり坂井市重度心身障害者(児) 医療費受給資格登録を申請します。
申請にあたり、私および家族の所得状況を確認することに同意します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--------------------------|--|--|--|---|-------|-----------|--|----------|---------------------------------------|------------------|---------|---------|--|--|--|
| 対象者 | ふりがな | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 生 | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 年月日 | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 現住所 | | | | | | | | | | | 電話 | | | | | |
| | 施設入所の別 | 1. 入所している () 2. 入所していない | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 施設入所前の住所地 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害の程度 | 身体障害 (種 級) 交付日 年 月 日 | | | | | 療育手帳 (A B) 交付日 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| | 精神手帳 (1級 ・ 2級) 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | 自立支援医療 (精神通院) 受給者証 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで 受給者番号 () | | | | | | | | | | | |
| 対象者18歳未満の場合の保護者 | 氏名 | | | | | 生年月日 | | 大昭平 年 月 日 | | | 続柄 | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者の加入健康保険 | 種 類 | 1 国民健康保険 | | | | 2 退職 | | | | 3 国民組合保険 | | | | 4 協会けんぽ | | | |
| | | 6 組合管掌健保 | | | | 7 船員保険 | | | | 8 共済組合保険 | | | | 9 後期高齢者 | | | |
| | 保険者名称 | | | | | | 保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | 被保険者証・組合員証記号番号 | 記号 | | | | | 番号 | | | | | 付加給付の有無 有 ・ 無 | | | | | |
| | 世帯主、被保険者又は組合員氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込口座 | 銀行 信金 農協 労金 (コード:) | | | | | 本店 支店 支所 営業部 (コード:) | | | | | 普通口座 口座番号 (右詰め) フリガナ 口座名義 | | | | | | |

- 提示書類
- 対象者の名前が記載されている健康保険証
 - 振込口座が確認できるもの (通帳等)

※この欄より下は記入しないでください。

| 医療費助成決定調書(審査) | | | | | | |
|---------------|------------|--|----------|-------|----------|-----|
| 決定年月日 | 年 月 日 より支給 | | 医療費助成の要否 | 要 ・ 否 | 課税台帳等確認済 | 月 日 |
| 決定理由 | | | | | | |

所得状況届
 重度医療資格登録にあたり課税状況を確認することに同意します。

氏名 _____

| | | |
|-------|----|-----|
| 受給資格者 | 氏名 | 住所 |
| | | 坂井市 |
| 個人番号 | | |
| 配偶者 | | 坂井市 |
| 個人番号 | | |
| 扶養義務者 | | 坂井市 |
| | 続柄 | |
| 個人番号 | | |

情報連携にかかる同意書 ※転入等により坂井市において所得確認ができない場合

下記の者は、坂井市が坂井市重度障害者（児）医療費の助成に関する条例第5条に基づく事務手続を処理するために限って

年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

| | | | | |
|-----|------|--|---------|-------------|
| 同意者 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 申請者との 続柄 |
| | 氏 名 | | 年 月 日 | |
| | 個人番号 | | | |
| 同意者 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 申請者との 続柄 |
| | 氏 名 | | 年 月 日 | |
| | 個人番号 | | | |
| 同意者 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 申請者との 続柄 |
| | 氏 名 | | 年 月 日 | |
| | 個人番号 | | | |
| 同意者 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 申請者との 続柄 |
| | 氏 名 | | 年 月 日 | |
| | 個人番号 | | | |
| 同意者 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 申請者との 続柄 |
| | 氏 名 | | 年 月 日 | |
| | 個人番号 | | | |

- 同意する本人が署名を行うこと。
- 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状を取ること。
- 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。

| | | |
|------|--------|-----------|
| 所得制限 | 所得制限該当 | ・ 所得制限非該当 |
|------|--------|-----------|