

## 重度心身障害者医療費受給資格登録申請書

年 月 日

春日部市長 あて

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_  
 (対象者との続柄 \_\_\_\_\_)

次のとおり、春日部市重度心身障害者医療費助成に関する条例第5条第1項の規定により申請します。

対象者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名						
	住 所	春日部市			性別	男 ・ 女	
	個人番号						
	障 害 の 状 況	区 分	手帳記号番号		程 度	有 効 期 限	
<input type="checkbox"/> 身体				1級・2級・3級	年 月		
<input type="checkbox"/> 知的				①・A・B	年 月		
<input type="checkbox"/> 精神				1級	年 月		
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療障害認定者			施行令別表 第 号該当	年 月		
保護者	フリガナ			対象者との続柄			
	氏 名			電話番号			
	住 所			職 業			
	生年月日	年 月 日					
送付先	フリガナ			対象者との続柄			
	氏 名			電話番号			
	住 所						
加入医療保険	別添のとおり						
申請事由	新規 ・ 転入 ・ 生活保護廃止 ・ 後期加入						
申請事由発生年月日	年 月 日		有効期間開始年月日	年 月 日			
振込先金融機関	区 分	金融機関コード		本支店コード			
	金融機関及び本支店名	銀行・信用金庫・信用組合 信託銀行・労働金庫・農協				本店・支店 出張所	
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号			
	フリガナ						
	口座名義						

## 同意書

資格認定及び医療費助成金の支給決定のため、私（対象者）の住民基本台帳及び課税台帳、障害の状況等の情報を春日部市長が、今後必要な範囲内で確認することに同意します。

年 月 日

氏 名

印