

**記入例**

重度心身障害者医療費受給資格登録申請書

平成31年1月11日

春日部市長 あて

申請者 住所 **春日部市中央6-2**  
 氏名 **春日部 太郎** (印)  
 電話番号 **048 (736) 1111**  
 (対象者との続柄 **父**)

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	<b>カスカベ ハナコ</b>		生年月日	<b>平成26年10月1日</b>	
	氏名	<b>春日部 花子</b>				
	住所	<b>春日部市中央6-2</b>			性別	男・ <b>女</b>
	個人番号	<b>9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9</b>				
	障害の状況	区分	手帳記号番号	程度	有効期限	
	<input checked="" type="checkbox"/> 身体	<b>埼玉県第〇〇〇〇号</b>	1級・ <b>2級</b> ・3級	<b>(元号)4年1月</b>		
	<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	<b>カスカベ タロウ</b>		対象者との続柄	<b>父</b>	
	氏名	<b>春日部 太郎</b>				
	住所	<b>春日部市中央6-2</b>		電話番号	<b>〇〇〇-xxxxx-〇x〇x</b>	
	生年月日	<b>昭和62年10月10日</b>		職業	<b>自営業</b>	
送付先	フリガナ					
	氏名					
	住所					
加入医療保険	別添のとおり					
申請事由	<b>新規</b> ・転入・生活保護廃止・後期加入					
申請事由発生日	<b>平成31年1月11日</b>		有効期間開始年月日	<b>平成31年1月1日</b>		
振込先金融機関	区分	金融機関コード	<b>1234</b>	本支店コード	<b>123</b>	
	金融機関及び本支店名	<b>かすかべ</b> <b>銀行</b> ・信用金庫・信用組合 信託銀行・労働金庫・農協		<b>庄和</b>	本店 <b>支店</b> 出張所	
	口座種別	<b>普通</b> ・当座		口座番号	<b>0123456</b>	
	フリガナ	<b>カスカベ ハナコ</b>				
	口座名義	<b>春日部 花子</b>				

※ 対象者が未成年や成年被後見人等の場合、記入してください。

※ 対象者本人の口座を記入してください。

※裏面あり

## 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。

平成31年1月11日

氏名

春日部 花子

印

※ 春日部市に転入した方の場合、扶養人数・所得・控除額がわかるもの（所得証明書または課税証明書など）が必要となることがあります。