|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第１号（第３条関係） | 記号番号 |  |
| **重度心身障害者医療費受給資格登録申請書**令和　　　年　　　月　　　日　　春日部市長　あて 申請者 住　　所 　　 氏　　名 　 　　　  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 | 　　T・SH・R　 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 |
| □ | 身体 | 第　　　　　号  | １級･２級･３級 | 令和　　　年　　　月 |
| □ | 知的 | 第　　　　　号  | Ⓐ ・ Ａ ・ Ｂ | 令和　　　年　　　月 |
| □ | 精神 | 第　　　　　号  | １級 | 令和　　　年　　　月 |
| □ | 後期高齢者医療障害認定者 | 施行令別表第　　　 号該当 | 令和　　　年　　　月 |
| 保護者 | フリガナ | 　　 | 対象者との続柄 | 　 |
| 氏名 | 　　 |
| 住所 |  | 電話番号 | 　　 |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　　年 　　　月 　　　日　 | 職業 | 　 |
| 送 付 先 | フリガナ | 　　 | 対象者との続柄 | 　 |
| 氏名 | 　　 |
| 住所 | 　　 | 電話番号 | 　　 |
| 加入医療保険 | 　別添のとおり |
| 申請事由 | 　手帳交付　・　転入　・　生活保護廃止　・　後期加入　 |
| 申請事由発生年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | 有効期間開始年月日 | 令和　　　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 | 　　 |  |
| 口座名義 | 　　 |

※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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日 氏　　名 　  　　　 　 |