|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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・S  H・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 |