

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		
<input type="checkbox"/> 身体		第 号		1級・2級・3級		令和	年	月	
<input type="checkbox"/> 知的		第 号		①・A・B		令和	年	月	
<input type="checkbox"/> 精神		第 号		1級		令和	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		令和	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	S・H	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				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								

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