

記入例

重度心身障害者医療費受給資格登録申請書

令和〇年1月10日

春日部市長 あて

申請者

住 所

春日部中央7-2-1

氏 名

春日部 太郎

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	カスカベ ハナコ		生年月日	T・S H R 〇〇年 10月 1日	
	氏名	春日部 花子				
	住所	春日部市 中央7-2-1			性別	男・女
	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	区分	手帳記号番号	程度	有効期限
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 身体	埼玉県第 〇〇〇〇号	1級・2級・3級	令和 8年 1月	
	<input type="checkbox"/> 知的	第 号	Ⓐ・A・B	令和 年 月		
	<input type="checkbox"/> 精神	第 号	1級・2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	カスカベ タロウ		対象者との続柄	成年後見人	
	氏名	春日部 太郎				
	住所	春日部市中央7-2-1				
生年月日	S・H 〇 年 5 月 10 日	職業	電話番号	000-XXXX-〇X〇X		
送付先	フリガナ	※ 成年被後見人等の場合、記入してください。				
	氏名					
	住所					
加入医療保険	別添のとおり					
申請事由	<input type="checkbox"/> 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	1 2 3 4	本支店コード	1 2 3	
	金融機関及び本支店名	かすかべ 銀行・信用金庫・信用組合 信託銀行・労働金庫・農協 庄和 本店・支店 出張所				
	口座種別	普通	当座	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	
	フリガナ	カスカベ ハナコ				※ 対象者本人の口座を記入してください。
口座名義	春日部 花子					

※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、自立支援医療の受給資格及び給付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。

※ **対象者本人の氏名を
記入してください。**

令和 **〇** 年 **7** 月 **10** 日

氏 名 **春日部 花子**

※ 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。