

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				
	障 害 の 状 況	区 分	手 帳 記 号 番 号		程 度	有 効 期 限
	<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		①・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			電話番号	
	生年月日	S・H 〇 年 5 月 10日			職 業	
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	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				
	口座名義	春日部 花子			※ 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、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 ○ 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）が必要となる場合があります。