

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・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				対 象 者 との続柄				
	氏 名								
	住 所				電 話 番 号				
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								

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。

令和 年 月 日

氏 名