

## 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	(A)・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		
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							

※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。

令和 年 月 日

氏 名