

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 7 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) 1131
 (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	<u>カスカベ ハナコ</u>		生年月日	T・S H R <u>〇〇</u> 年 <u>10</u> 月 <u>1</u> 日	
	氏 名	<u>春日部 花子</u>				
	住 所	春日部市 <u>中央7-2-1</u>			性別	男 ・ <u>女</u>
	個人番号	<u>9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9</u>				
	障 害 の 状 況	区分	手帳記号番号	程 度	有 効 期 限	
	<input checked="" type="checkbox"/> 身体	<u>埼玉県</u> 第 <u>〇〇〇〇</u> 号	1級 <u>2級</u> 3級	令和 <u>4</u> 年 <u>1</u> 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	<u>カスカベ タロウ</u>		対象者との続柄	<u>父</u>	
	氏 名	<u>春日部 太郎</u>				
	住 所	<u>春日部市中央7-2-1</u>		電話番号	<u>〇〇〇-xxxx-〇x〇x</u>	
	生年月日	<u>S</u> ・H <u>〇</u> 年 <u>5</u> 月 <u>10</u> 日		職 業	<u>自営業</u>	
送付先	フリガナ					
	氏 名					
	住 所					
加入医療保険	別添のとおり					
申請事由	<u>手帳交付</u> ・ 転入 ・ 生活保護廃止 ・ 後期加入					
申請事由発生日	令和 <u>〇</u> 年 <u>5</u> 月 <u>10</u> 日	有効期間開始日	令和 <u>〇</u> 年 <u>5</u> 月 <u>1</u> 日			
振込先金融機関	区 分	金融機関コード	<u>1 2 3 4</u>	本支店コード	<u>1 2 3</u>	
	金融機関及び本支店名	<u>かすかべ</u> <u>銀行</u> ・信用金庫・信用組合 信託銀行・労働金庫・農協		<u>庄和</u>	本店・支店 出張所	
	口座種別	<u>普通</u> ・ 当座		口座番号	<u>0 1 2 3 4 5 6</u>	
	フリガナ	<u>カスカベ ハナコ</u>				
口座名義	<u>春日部 花子</u>					

※ 対象者が未成年や成年被後見人等の場合、記入してください。

※ 対象者本人の口座を記入してください。

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。

※ 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。