

(表)

受給者証番号

重度心身障害者医療費受給資格登録申請書

年 月 日

久喜市長 あて

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫・組合		本店・支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

住所
申請者
氏名
(電話)

久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例第5条の規定により、次のとおり申請します。

受 給 者	ふりがな				住所			
	氏名				住所			
	生年月日	年 月 日			申請者 との続柄			
	個人番号							
	本年1月1日の住所	都 道 市 区 府 県 町 村			住所 地と異なる自治体で住 民税が課税されている場合 は、その市区町村を記入し てください。			
	昨年1月1日の住所	都 道 市 区 府 県 町 村						
障がいの状況 (該当箇所に☑)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持者			等級 (該当箇所に☑)	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級			
	<input type="checkbox"/> 療育手帳所持者				<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B			
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳所持者				1 級			
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療障害認定者							
保 護 者	氏名				受給者 との続柄			
	住所				電 話			
加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者 組合員・加入者氏名				受給者 との続柄	住所		
	保険種別	協・組・船・共・国・後			記号番号			
	名称				所在地			
	附加給付	有・無	支給基準					
申請理由発 生年 月 日	年 月 日			申請理由				
判定								
控除後の所得額	円		扶養親族数	人		所得制限限度額	円	

(裏)

同意書

資格認定及び医療費助成支給決定のため、私の住民基本台帳及び市税課税台帳、障害の状況等の情報、保険情報、高額療養費等の照会及び高額療養費の給付について久喜市に権限を付与することに同意します。

年 月 日

(対象者)

住所

氏名

㊞

(保護者又は後見人、社会保険の場合は被保険者)

住所

氏名

㊞

対象者との続柄