

重度心身障害者医療費受給資格者証交付等申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

足利市長 宛て

住所 足利市○○町○○-○

申請者(受給資格者)

氏名 足利 太郎  
(TEL 0284-○○-○○○○)

次のとおり申請します。

なお、本登録申請及び医療費助成申請の審査に当たり、障害認定状況及び課税状況等を開覧することに同意します。

対象者	フリガナ	アシカガ タロウ			生年月日	大正 昭和 ○○年 ○月 ○日 平成 令和		
	氏名	足利 太郎						
加入保険	記号番号	保険者		被保険者氏名		保険種別		
	あ ○○○-○○○○	平成○○. ○ . ○ ~ 栃木県国民健康保険 0   0   0   9   0   0   2   7		足利 太郎		国保	社保	後期高齢者医療
対象者と同一保険の加入者		足利 花子						
身体障害	手帳	1級 2級 3級 4級			番号	○○○○○		
	診断書	1級 2級 3級 4級						
	障害区分	視覚 聴覚 肢体			内臓			
知的障害	手帳	A1 A2 A B1			番号			
	診断書	IQ35以下		IQ50以下		再判定	要( 年度)・否	
精神障害	手帳	1級			番号			
振込先	銀行 信金 信組 農協	本店	金融機関コード		—			
		支店	種別	口座番号		口座名義人(カタカナ)		
○○	○○	出張所	① 普通	○	○	○	○	アシカガ タロウ
		支所	2 当座	○	○	○	○	
有効期間						受給資格者証番号		
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ・ 無期限								

備考

- 「対象者と同一保険の加入者」の欄は、加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員の氏名を、国民健康保険の場合には国民健康保険に加入している方全員の氏名を記入してください。
- 個人番号を利用する場合は、裏面も記入してください。

受付者	決 裁	チーム	リーダー	課長等	受 付	令和 年 月 日
					決 裁	令和 年 月 日
					処 理	令和 年 月 日

# 同意書

次の者は、市が足利市重度心身障害者医療費助成条例第3条及び第5条第1項並びに足利市重度心身障害者医療費助成条例施行規則第7条に基づく事務手続を処理するために限り、当該事務手続に必要な年度の地方税関係情報について情報提供ネットワークシステムを利用し、取得することに同意します。

なお、本書の複製は、無効であることを申し添えます。

同意者	氏名	足利 太郎		
	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
	生年月日	S〇〇.〇.〇	続柄	本人
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		
同意者	氏名	足利 花子		
	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
	生年月日	S〇〇.〇.〇	続柄	妻
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同居		
同意者	氏名			
	個人番号			
	生年月日		続柄	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		
同意者	氏名			
	個人番号			
	生年月日		続柄	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		

## 備考

- 1 同意が必要となるのは、申請者及び表面の「対象者と同一の保険加入者」の欄に記載された全ての方です。ただし、18歳未満で収入がない場合は不要となります。
- 2 同意する方が自ら署名を行ってください。
- 3 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状が必要となります。
- 4 申請書等に同意が必要な方の住所を記入している場合は、「申請者と同居」の欄にチェックし、同意書への住所の記入を省略することができます。