

--	--	--	--	--	--	--

対 象 者	フリガナ	個人番号										
	氏 名	男・女	住所									
	生年月日	年 月 日										
配 偶 者	フリガナ	個人番号										
	氏 名	男・女	住 所 □ 同上									
	生年月日	年 月 日										
扶 養 義 務 者	フリガナ	個人番号										
	氏 名	男・女	住所 □ 同上									
	生年月日	年 月 日										
	対象者との続柄											
加入医療保険	資格確認書その他被保険者等であることを確認できる書類の写しを裏面に貼り付けてください。(個人番号の提供により被保険者であることの確認を受けた方は不要です。)											

☐ 更 新 申 請										
申請理由	新規	心身障害者の方 該当する番号及び項目を○で囲んでください。	1 身体障害者手帳(1級 2級)を所持している。 2 療育手帳(A1 A2)を所持している。 3 その他()							
		ひとり親家庭等の方 該当する番号を○で囲んでください。	1 配偶者のない方で18歳未満の児童を扶養しているもの 2 父母のいない18歳未満の児童を養育している配偶者のない者又は婚姻をしたことのない者							
		養育してい る児童 住所	氏名 (生年月日) 年 月 日							
	(養育している児童が2人以上いる場合は、最年少の者を記入)									
以前登録した口座と同じでよい(更新の方のみ) ☐ はい ☐ いいえ(下の欄に口座をご記入ください。)										
振込指定口座		銀行	種 目	口座番号						
		信用金庫	本 店	1 普 通	フリガナ					
		信用組合	支 店	2 当 座	名 義					
		農協	出張所	3 貯 蓄						
上記のとおり受給資格の認定を申請するとともに、以下のことに同意します。 ・市長が所得の状況、その他重度心身障害老人等医療費助成制度の資格審査のために必要な事項について公募等により確認すること。 ・本助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。										
年 月 日			申請者 住 所							
生 駒 市 長 殿			氏 名							
			電 話							

市役所処理欄					
所得区分	手帳	資格審査	入力	確認	認定日
超過 制限内	身障1 ・ 身障2 ・ 療育	認定 却下	／	／	／
本人個人番号の確認	1.個人番号カード 2.通知カード 3.その他 ()				
本人又は代理人の身元（実存）の確認	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 障害者手帳 4. その他 ()				
代理人申請（届出）の場合は代理人の確認	1. 戸籍謄本 2. 委任状 3. その他 ()				