

記入例

重度心身障害老人等医療費受給資格認定(更新)申請書

令和 年度

対象者	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日	個人番号 住所 男・女 住所 □ 同上
配偶者	氏名 生年月日 年 月 日	個人番号 住所 □ 同上
扶養義務者	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日	個人番号 住所 □ 同上
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。)	
申請理由	☐ 更新申請	
	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。	
	ひとり親家庭等の方	
医療費助成の自動償還口座をご記入ください。		1 身体障害者手帳 2 療育手帳(A1) 3 その他()
以前登録した口座と同じでよい(更新の方のみ)		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
振込指定口座		種目 口座番号 フリガナ 名義
銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所
1 普通 2 当座 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、記入を忘れずにお願いいたします。		
年 月 日 生駒市長 殿		申請者 住所 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)の場合又は代理権の確認	1.戸籍謄本 2.委任状 3.その他()				