様式第1号(第2条、第5条関係)

令和　　年度

重度心身障害老人等医療費受給資格認定(更新)申請書

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	対象者の方の健康保険証の写しを裏面に貼り付けてください。

申請理由	□ 更新申請		
	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 配偶者のない者で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 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種目 1 普通 2 当座 3 貯蓄	口座番号	
				フリガナ	
				名義	

上記のとおり受給資格の認定を申請します。なお、以下のことに同意します。

1　以後市長が所得の状況について課税台帳等により確認すること及び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。

2　受給資格の認定後に扶養義務者の変更や所得の更正決定があり資格要件を満たさなくなった場合、受給した助成金を返還すること。

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)の場合は代理権の確認	1.戸籍謄本　2.委任状　3.その他(　　)				