様式第1号（第3条、第6条関係）

令和　　年度

# 心身障害者医療費受給資格証交付（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等であることの確認を受けた方は不要です。） |
| 交 付 申 請 理 由 | 1　心身障害者になったため　　4　更新申請<br>2　転入してきたため　　5　その他（　　）<br>3　保険に新たに加入したため　（交付事由発生年月日）　年　月　日 |

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。）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 振込指定金融機関 | 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、心身障害者医療費受給資格証の交付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、保険資格情報その他心身障害者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。
・高額療養費の支給を受けることができる場合、医療機関等が診療報酬明細書の写し、保険資格情報その他所得区分の確認に必要な情報を市長に提出すること。

年　月　日　　申請者　住 所

氏 名

生 駒 市 長　　殿

電 話

市役所処理欄

| 所得区分 | 手帳 | 資格審査 | 入力 | 確認 | 発行 |
|---|---|---|---|---|---|
| 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（　　） |