

川越市重度心身障害者医療費受給資格登録申請書

届出者氏名		申請者との関係		
届出者住所		連絡先	電話番号	
			FAX番号	

(提出先) 令和 年 月 日

川越市長

川越市重度心身障害者医療費支給に関する条例第6条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ										
	氏名										
	個人番号										
	生年月日	明・大・昭・平・令				年		月		日	
	住所										
1	障害の状況	添付書類：身体障害者手帳等の写し									
2	加入医療保険	添付書類：加入医療保険を証する書面（資格確認書等）の写し									
3	所得の状況	添付書類：所得及び市区町村民税の額を証する書類									
4	振込先口座	金融機関	銀行 農協 信用金庫				本店 支店 出張所		科目	普通 当座	
		口座番号									
		フリガナ									
		口座名義人									
5	保護者	氏名				住所					
		生年月日				申請者との続柄					

同意書

本申請に関し、私の住民基本台帳に記録されている情報、地方税に関する情報、障害に関する情報及び医療給付に関する情報について、医療費助成金の受給の登録及び医療費助成金の支給決定のために、市長が、必要な範囲内において当該情報を保有する機関に照会し、又は利用すること並びに医療費助成金及び医療費給付に関して調整を行うことに同意します。

申請者 _____

申請者が自署することができないため、下記の者が申請者に上記の記載事項に相違がないこと及び同意事項に同意したことを確認の上、代筆しました。

代筆者の氏名 _____

代筆者の住所又は居所 _____

申請者との関係 _____

※署名（法人等の団体にあつては代表者の署名）又は記名押印をしてください

※処理欄	受給者番号		手帳等級		決定日	令	年	月	日	
	申請事由	手帳・転入(/)・生保・後期加入・その他()				交付日 (証作成日)	令	年	月	日
	資格開始日	令 年 月 日				引渡日 窓・〒	令	年	月	日
	手帳交付日：平成26年12月31日以前									
	手帳交付時年齢	才	申請時年齢	才						
	本人同意	有・無		所得判定(○×)		(川越市保健医療部 高齢・障害医療課)				