



心身障害者医療費受給資格証交付(更新)申請書・心身障害者医療費助成金支給申請書

対象者	フリガナ	生年月日	住所
	氏名	年 月 日生	
配偶者	フリガナ	生年月日	住所
	氏名	年 月 日生	
扶養義務者	フリガナ	生年月日	住所
	氏名	対象者との続柄	
		個人番号	<1月1日現在(*)の住所>

(*)1~7月の資格取得の場合:前年、8~12月の資格取得の場合:当該年

医加療保入	<p>●詳細は別紙のとおり</p> <p>対象者の保険証等の写しを裏面に貼付してください。</p> <p>保険証等の写しがない場合は、裏面の加入医療保険欄にご記入ください。</p>
-------	--

要件	(手帳)	都・道 第 号	交付日	年 月 日
		府・県	変更日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A1 ・ A2		手帳期限(再判定日)	年 月 日

医療費助成金(現物給付分を除く。)を下記の金融機関口座に振り込んでください。

※申請者名義の口座をご記入ください。

銀行	本店	口座番号	口座名義人(フリガナ)	1普通
信用金庫	支店			2当座
農協	出張所			

上記のとおり心身障害者医療費受給資格証の交付(更新)及び医療費助成金の支給を申請するとともに、以下のことに同意します。

- ・この申請の審査時及び受給期間中に、受給資格審査手続及び助成金算定手続を処理するために、地方税関係情報、住民基本台帳等公簿の閲覧・情報の取得を行うこと。
- ・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「高額療養費支給申請書」、「保険証等の写し」、「医療費受給資格証の写し」及び「診療報酬明細書等の写し」を徴すること、並びにこれらのものを市長に提出すること。
- ・既に受給した助成金について差額が生じた場合、助成金支給額において相殺すること、または、差額の返還に応じること。

年 月 日

大和郡山市長 様

申請者氏名

(対象者、対象者が未成年の場合は扶養義務者)

[自宅 ・ 対象者携帯 ・ 扶養義務者携帯 ・ 他()]

連絡先電話番号

この申請の審査時及び受給期間中に、受給資格審査手続及び助成金算定手続を処理するために、地方税関係情報、住民基本台帳等公簿の閲覧・情報の取得を行うことに同意します。

配偶者氏名

扶養義務者氏名

区分	県単 ・ 市単	申請理由	障害該当 生保廃止 その他()	・ 転入 ・ 転出取消	・ 保険加入 ・ 切替	受付
受給者番号		資格発生日	年 月 日			
		交付年月日	年 月 日			

保険証等(写)を貼付してください。

加入医療保険	被保険者氏名	受給者との続柄	住所	
	資格取得年月日 年 月 日	記号	番号	
	保険者番号	保険者名称		

以下の項目は記入しないでください。

※所得状況		対象者		配偶者		扶養義務者	
①同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 うち、①70歳以上の者の数 ②特定扶養親族 (19歳以上23歳未満)の数 ③扶養親族 (16歳以上19歳未満)の数		人		人		人	
		①	人	①	人	①	人
		②	人	/		/	
		③	人				
所得額		円		円		円	
控除	雑損	円		円		円	
	医療費	円		円		円	
	小規模企業共済等掛金	円		円		円	
	障害者控除	障	人	障	人	障	人
		特障	人	特障	人	特障	人
	寡婦・ひとり親・勤学	円		円		円	
社会保険料控除	円		80,000 円		80,000 円		
※控除後の所得額		円		円		円	
制限額		円		円		円	

※ 審 査	制 限 内 ・ 超 過
-------	-------------