

障

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
		年 月 日生	
	氏名	個人番号	<1月1日現在(*)の住所>
配偶者	フリガナ	生年月日	住所
		年 月 日生	
	氏名	個人番号	<1月1日現在(*)の住所>
扶養義務者	フリガナ	生年月日	住所
		年 月 日生	
	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	●詳細は別紙のとおり 対象者の保険証等の写しを裏面に貼付してください。
-------	--

要件	(手帳)	都・道・府・県	第 号	交付日	年 月 日
				変更日	年 月 日
	☐ 身体障害者手帳	種	級	手帳期限(再判定日)	
	☐ 療育手帳	A1	A2		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			
農協	出張所			2当座

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」、「被保険者証の写し」、「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(写)を貼付してください。

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、④70歳以上の者の数 ⑤特定扶養親族 (19歳以上23歳未満)の数 ⑥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
-------	-------------