

記入例

※ 個人番号…マイナンバー（12ケタ）

様式第1号(第3条、第5条、第6条関係)

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	コオリヤマ タロウ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日生	住所	大和郡山市北郡山町248-4
	氏名	郡山 太郎	個人番号	123456789123	<1月1日現在(*)の住所>	同上
配偶者	フリガナ	コオリヤマ ハナコ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日生	住所	同上
	氏名	郡山 花子	個人番号	345678912345	<1月1日現在(*)の住所>	同上
扶養義務者	フリガナ		生年月日	年 月 日生	住所	
	氏名		対象者との続柄		<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添付してください。

要件	(手帳)	奈良 都・道府・県 第 12345 号	交付日	昭和 平成 29 年 1 月 1 日
	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳	1 種 1 級	変更日	昭和・平成 年 月 日
	<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)

〇〇	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	1234567	コオリヤマ タロウ	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」、「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。
 - 助成金受給後、助成金を調整する必要がある場合、次月以降の支給額において相殺すること。

〇〇年 〇月 〇日

大和郡山市長 様

申請者氏名 郡山 太郎

(対象者、対象者が未成年の場合は扶養義務者)

本人による自署をお願いします。

[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 郡山 花子 扶養義務者氏名

本人による自署で
お願いします。

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
受給者番号		資格発生日	年 月	
		交付年月日	年 月 日	

日中連絡のとりやすい
番号をご記入ください。

対象者の健康保険証（コピー）を貼付ください。

保険証(写)を貼付してください。

(例)

健康保険 平成〇〇年〇月〇日交付
被保険者証
氏名 〇〇 〇〇
生年月日 〇〇年△月△日
認定年月日 〇〇年△月△日
被保険者氏名 〇〇 〇〇
全国健康保険協会 〇〇支部

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控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人		人		人	
うち、①老人扶養親族(70歳以上)		(①) 人		(①) 人		(①) 人	
②特定扶養親族(19歳以上23歳未満)		(②) 人					
③扶養親族(16歳以上19歳未満)		(③) 人					
所得額		円		円		円	
控	雑損	円		円		円	
	医療費	円		円		円	
	小規模企業共済等掛金	円		円		円	
除	障害者控除	障 人	円	障 人	円	障 人	円
	特障	特障 人	円	特障 人	円	特障 人	円
	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
-------	-------------