

(表)

様式第 1 号(第 3 条関係)

										受給者番号				
<p>重度心身障害者医療費助成金受給資格登録申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先)鶴ヶ島市長</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">(電話 〇〇〇〇)</p> <p>下記のとおり、鶴ヶ島市重度心身障害者医療費助成金に関する条例第 4 条第 1 項の規定に基づき申請します。</p>														
対 象 者	ふりがな 氏 名					住 所								
	生年月日	年 月 日				申請者との続柄								
	個人番号													
	障 害 の 状 況	身体障害者	身障手帳記号番号				程度	1 級・2 級・3 級						
		知的障害者	療育手帳番号				程度	㊤・A・B						
精神障害者		精神手帳番号				程度	1 級							
	後期高齢者医療障害認定者					程度	施行令別表 該 当							
保 護 者	氏 名					受給者との続柄								
	住 所					電 話								
	生年月日	年 月 日				職 業								
加 入 医 療 保 険	世帯主・被 保険者・組 合員・加入 者氏名					受給者との続柄								
	保険種別	市国(一般・㊤本・㊤扶) 他国・協・組・船・日・ 共(社本・社扶)・後期				記号番号・被 保険者番号								
	名 称					所 在 地								
	附加給付	有・無	支給基準											
申請事由発 生年 月 日	年 月 日				申請事由									
※ 障 害 認 定	認定する ・ 認定しない					※程度	施行令別表 第 号該当							

備考

※の欄は記入しないでください。

(裏)

同 意 書

資格認定並びに重度心身障害者医療費助成金受給者証の交付及び更新にあたり、市長が保有している私の市民税課税台帳、障害の状況の情報を今後必要な範囲で確認することについて、同意します。

年 月 日

氏名

印