

別 記

第 1 号様式（第 5 条第 1 項及び第 5 項）

（表）

重度心身障害者医療費助成受給券交付申請書（新規・更新）

年 月 日

大網白里市長 様

申請者 住所

氏名

電話 ()

(18歳未満の方は、保護者氏名を記入してください。)

重度心身障害者医療費助成受給券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	ふりがな 氏 名		申請者との続柄	
	生年月日	年 月 日	性 別	男・女
	住 所			
	障害区分 障害程度	1 身体障害者＝身体障害者手帳 1・2 級 2 知的障害者＝療育手帳 ㉠・㉠の1・㉠の2・Aの1・Aの2 3 精神障害者＝精神障害者保健福祉手帳 1級		
保護者	ふりがな 氏 名		対象者との続柄	
	住 所			

備考

- 1 対象者が18歳未満の場合又は知的障害者の場合は、保護者欄をご記入下さい。
- 2 添付していただくもの（(1)及び(2)は、写し可）
 - (1) 身体障害者手帳、療育手帳若しくは判定機関の判定書又は精神障害者保健福祉手帳
 - (2) 被保険者証、組合員証又は加入者証
 - (3) 市町村民税課税証明書（市が保有する公簿等により市の職員が確認することに同意した方（本年1月1日現在において、本市に住所がなかった方を除く。）は、添付を省略することができます。）

(裏)
同 意 書

年 月 日

大網白里市長 様

大網白里市重度心身障害者医療費助成を受けるに当たり、受給資格に係る審査及び重度心身障害者医療費の助成のために必要な下記の事項について、市の職員が、市の保有する公簿等で確認し、又は関係機関に照会（2及び3に掲げる事項に限る。）することに同意します。

また、重度心身障害者医療費助成と高額療養費、高額介護合算療養費等で重複が生じた場合は、重度心身障害者医療費助成額を限度に、受給者に代わり大網白里市が高額療養費、高額介護合算療養費等の全部又は一部を受領することに同意します。

記

- 1 受給者及び受給者と同一の医療保険に加入する者（注）の住民税課税情報及び住民票関係情報
- 2 保険給付（高額療養費、付加給付等）の有無及び給付（予定）額
- 3 過去2年間における保険給付（高額介護合算療養費等）の受給の有無及び返還額

- 受給者の氏名及び住所（氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。）

氏 名	印
住 所	

- 受給者と同一の医療保険に加入する者（注）の氏名及び住所（受給者と住所が同じ場合は、住所欄に「同上」と記入してください。）（氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。）

1	氏 名	印
	住 所	
2	氏 名	印
	住 所	
3	氏 名	印
	住 所	
4	氏 名	印
	住 所	
5	氏 名	印
	住 所	

注 「同一の医療保険に加入する者」の範囲は、受給者が加入する医療保険の種類に応じ、次のとおりとなります。

医療保険の種類	対象者の範囲
国民健康保険	同じ世帯で国民健康保険に加入する方（後期高齢者医療保険・社会保険に加入する方は、記入不要）
後期高齢者医療保険	同じ世帯で後期高齢者医療保険に加入する方（国民健康保険・社会保険に加入する方は、記入不要）
社会保険	同じ社会保険に加入する方（同じ世帯で、国民健康保険、後期高齢者医療保険、他の社会保険に加入する方は、記入不要）（別の世帯であっても、同じ社会保険に加入する方は、記入が必要）