

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|-------|-------------|--|--------|---------|---------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 重度心身障害者医療費受給資格登録申請書（精神通院医療費） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 久喜市長 あて | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | 銀行・信用金庫・組合 | | | | 本店・支店 | | 住所 提出者 氏名 (電話) | | | | | | | |
| | 口座種別 | | 普通・当座 | | 口座番号 | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 久喜市重度心身障害者医療費支給に関する条例第 5 条の規定により、次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者 | ふりがな | | | | | | 住 所 | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | 年 月 日 | | | | 提出者との続柄 | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 本年 1 月 1 日の住所 | | 都 道 市 区 町 村 | | | | 住所 | | 住所と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入してください。 | | | | | | | |
| | 昨年 1 月 1 日の住所 | | 都 道 市 区 町 村 | | | | 住所 | | | | | | | | | |
| 保護者 | 障害の状況 | | 精神障害者 | | 精神手帳番号 | | 程 度 | | 2 級 | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | 受給者との続柄 | | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | 住 所 | | | | | | 電 話 | | | | | | | | | |
| | 世帯主・被保険者 組合員・加入者氏名 | | | | | | 受給者との続柄 | | 住 所 | | | | | | | |
| | 保険種別 | | 協・組・船・共・国・後 | | | | 記号番号 | | | | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | 所在地 | | | | | | | | | |
| 自立支援医療 | 附加給付 | | 有・無 | | 支給基準 | | | | | | | | | | | |
| | 受給者番号 | | | | | | 自己負担上限額 | | | | | | | | | |
| | 有効期間 | | 年 月 日 | | | | ～ | | 年 月 日 | | | | | | | |
| | 指定医療機関① | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 指定医療機関② | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定医療機関③ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請事由発生 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | 申 請 理 由 | | | | | | | | | | |

(裏)

同意書

資格認定及び医療費助成支給決定のため、私の住民基本台帳及び市税課税台帳、障害の状況等の情報、保険資格及び保険給付、自立支援医療の受給資格及び給付等の情報について、市長が今後必要な範囲内で、保有している公簿の確認や関係機関への照会を行うことに同意します。

年 月 日

(対象者)

住所

氏名

(保護者又は後見人、社会保険の場合は被保険者)

住所

氏名

(対象者との続柄)