　様式第１号（第６条第１項）

　（表）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　四街道市長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　重度心身障害者医療費助成受給券交付申請書

　　　四街道市重度心身障害者医療費助成条例第５条の規定により、下記のとおり重度心

　　身障害者医療費助成受給券の交付を申請します。

　記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | 生年月日 | | | | | | |
| 障害者氏名 | |  | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 障害の程度 | | 身体障害者手帳　　　　　級  療育手帳（　　　　　　　）  精神障害者保健福祉手帳　級 | | | | | | 交付  年月日 | | 年　　月　　日 | | | | |
| 変更交付  年月日 | | 年　　月　　日 | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | 障害者  との続柄 | |  | | | | |
| 保護者氏名 | |  | | | | | |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者・  組合員氏名 | |  | | | | | 障害者  との続柄 | |  | | | | |
| 保険者名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 被保険者等  記号番号 | | － | | | | | | | | | | | |
| 保険種別 | | 国民健康保険　　保険組合　　共済組合　　後期高齢  その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |

　（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 |  | 障害者  との続柄 |  | | | | | | | | | | | |
|  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基準世帯員 | 住　　所 | □障害者と同居　□同居していない（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
|  | 氏　　名 |  | 障害者  との続柄 |  | | | | | | | | | | | |
|  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 住　　所 | □障害者と同居　□同居していない（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
|  | 氏　　名 |  | 障害者  との続柄 |  | | | | | | | | | | | |
|  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 住　　所 | □障害者と同居　□同居していない（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
|  | 氏　　名 |  | 障害者  との続柄 |  | | | | | | | | | | | |
|  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 住　　所 | □障害者と同居　□同居していない（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 同意書  　四街道市重度心身障害者医療費助成条例施行規則第６条第１項の規定による受給券の交付等の申請及び第１０条第４項の規定による受給券の更新に係る事実についての審査に関する事務処理に限り、私と私の世帯に関する地方税関係情報、住民票関係情報その他必要な情報を市の職員が確認することに同意します。  　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 高額療養費等の支払等に関する確約書  ・高額療養費について、四街道市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を四街道市へ支払います。また、四街道市が高額療養費の全部又は一部を負担した場合は、四街道市と保険者で負担相当額について相殺することに異議を申し立てません。  ・家族療養附加金等を私が保険者から受領した場合は、相当額を四街道市へ支払います。  ・独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費について、重度心身障害者医療費助成受給券を使用した場合、助成された額を四街道市に返還します。  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |