

様式第1号

|        |       |    |      |    |      |     |
|--------|-------|----|------|----|------|-----|
| 受      | 付     | 年  | 月    | 日  | 受給資格 | 有・無 |
| 決<br>裁 | 係     | 係長 | 課長補佐 | 課長 | ※理由  |     |
|        |       |    |      |    |      |     |
|        | 年 月 日 |    |      |    |      |     |

|   |              |                        |                         |         |                   |
|---|--------------|------------------------|-------------------------|---------|-------------------|
| 重度心身障害者医療費受給資格登録(更新)申請書<br>年 月 日<br>鳥栖市福祉事務所長 様<br>申請者 住所<br>氏名 |              |                        |                         |         |                   |
| 助成対象者   |              |                        | 申請者(受給者)                |         |                   |
| ふりがな<br>氏名  |              | 男女                     |                         |         | 男女                |
| 個人番号  |              |                        |                         |         |                   |
| 生年月日<br>(年齢)  | 年            | 月                      | 日                       | 年       | 月 日 続柄<br>(歳) (歳) |
| 住 所   |              |                        |                         |         |                   |
| 助成対象となった場合の<br>給付金の振込先金融機関                                      | 金融機関<br>預金種別 | 普通・当座                  | 銀行<br>口座番号              | 支店      |                   |
| 受<br>給<br>資<br>格<br>等   | 重度身体障害者      | 手帳番号<br>等 級<br>障 害 区 分 | 県 号<br>種 級<br>視・聴・音・肢・内 |         |                   |
|   | 重度知的障害者      | IQ 以下                  | 次の判定年月                  |         |                   |
|   | 重度精神障害者      | 手帳番号                   | 号                       |         |                   |
|   | 重 複 障 害 者    | 手帳番号<br>等 級<br>障 害 区 分 | 県 号<br>種 級<br>視・聴・音・肢・内 |         |                   |
| IQ 以下   |              | 次の判定年月                 |                         |         |                   |
| 加 保<br>入<br>医<br>療<br>険   | 記号番号         | 名 称                    | 所 在 地                   | 附加給付の有無 |                   |
|   |              |                        | (電話 )                   |         |                   |
| 受給資格記号番号  | ※            |                        |                         | 備 考     |                   |

注意 ※印の欄は記入しないでください。

|  |  |
|--|--|
| 同 意 書<br>資格登録(更新)又は助成額の決定に関して課税資料を閲覧することに同意します。<br>また、国民健康保険に加入している場合、資格の得喪状況並びに国民健康保険被保険者証の記号及び番号について公簿で確認することに同意します。<br>申請書(受給者) |  |
|--|--|

同意書に同意されない場合や転入等により本市で課税状況が確認できない場合は、課税状況を証明する書類を提出していただくことがあります。