

|                                                                                                                      |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------|--|--|--|------|--|-----------------------|--|------|------------------------|--|--|
| 重度心身障害者医療費受給資格登録申請書                                                                                                  |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
| 鳥栖市福祉事務所長 様                                                                                                          |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
| 住 所                                                                                                                  |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
| 申請者                                                                                                                  |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
| 氏 名                                                                                                                  |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
| (TEL - - )                                                                                                           |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
| 鳥栖市重度心身障害者の医療費の助成に関する条例第 3 条により、受給資格の登録を申請します。                                                                       |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
| なお、以下のことに同意いたします。                                                                                                    |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
| 1 資格認定または助成額の決定に関して、障害の等級に関する資料、対象者及びその世帯の課税資料等を閲覧すること。また、国民健康保険又は後期高齢者医療に加入している場合は資格の得喪状況並びに被保険者の記号番号について公簿で確認すること。 |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
| 2 鳥栖市が保険者に対し加入状況及び附加給付、高額療養費等の支給状況を確認すること。                                                                           |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
| ※同意されない場合は、認定または助成額の決定に必要な書類を別途提出していただくことがあります。                                                                      |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
| 対象者                                                                                                                  | ふりがな氏 名         |                    |  |  |  |      |  |                       |  | 生年月日 | 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令<br>年 月 日 |  |  |
|                                                                                                                      | 個人番号            |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
| 手帳情報                                                                                                                 | 障害者手帳番号         | 身体 第 号<br>精神       |  |  |  | 等級   |  | 1 ・ 2 種 — 1 ・ 2 ・ 3 級 |  |      |                        |  |  |
|                                                                                                                      | 交付日             | 昭 ・ 平 ・ 令<br>年 月 日 |  |  |  | 再交付日 |  | 昭 ・ 平 ・ 令<br>年 月 日    |  |      |                        |  |  |
|                                                                                                                      | 療育手帳番号          | 第 号                |  |  |  | 等級   |  | A ・ B                 |  |      |                        |  |  |
|                                                                                                                      | 判定日             | 昭 ・ 平 ・ 令<br>年 月 日 |  |  |  | 知能指数 |  |                       |  |      |                        |  |  |
| 医療保険                                                                                                                 | 記号・番号・枝番        |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
|                                                                                                                      | 保険者名称           |                    |  |  |  |      |  |                       |  | 附加給付 | 有 ・ 無                  |  |  |
|                                                                                                                      | 被保険者氏名<br>(世帯主) |                    |  |  |  |      |  |                       |  | 続柄   |                        |  |  |
| 振込口座                                                                                                                 | 金融機関名           | 銀行 信組<br>金庫 農協     |  |  |  | 支店名  |  | 営業部 支所<br>支店 出張所      |  |      |                        |  |  |
|                                                                                                                      | フリガナ            |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
|                                                                                                                      | 口座名義人           |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
|                                                                                                                      | 口座種別            | 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄       |  |  |  | 口座番号 |  |                       |  |      |                        |  |  |
| 世帯構成                                                                                                                 | 続柄              | 氏 名                |  |  |  | 個人番号 |  |                       |  |      |                        |  |  |
|                                                                                                                      |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
|                                                                                                                      |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
|                                                                                                                      |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |
|                                                                                                                      |                 |                    |  |  |  |      |  |                       |  |      |                        |  |  |