

重度心身障害者医療費助成受給券交付申請書

八街市長

様

記入例

令和 年 月 日

住所 八街市八街ほ35 - 29

申請者 氏名 八街 花子

電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

八街市重度心身障害者の医療費助成に関する条例第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

受給資格者	住所	八街市八街ほ35 - 29					
	フリガナ	ヤチマタ ハナコ			生 年 日	昭和〇年 〇月 〇日生	
	氏 名	八街 花子					
	障害の程度	身体障害者手帳	第 12345 号 1 級	療育手帳	第 12345 号	精神障害者保健福祉手帳	第 12345 号 1 級
	手帳交付日	〇年 〇月 〇日		〇年 〇月 〇日		〇年 〇月 〇日	
加入医療保険	被保険者名	八街 太郎			記号番号	56 12345	
	発行機関名	八街市 〇〇健康保険組合 千葉支部 千葉県後期高齢者医療広域連合 等			所在地	八街市八街ほ35 - 29 千葉市中央区〇〇 千葉市稲毛区天台6 - 4 - 3 等	
	附加給付	この欄は記入の必要ありません					

八街市重度心身障害者医療費助成受給券交付申請書

1 所得情報
2 医療費情
な情報につ
3 市が高額
ことが可能

受給資格者と同じ医療保険に加入している方全員記入してください。
(記入欄が足りない場合は、1行に2名記入してください)

(例)

- 受給資格者が国民健康保険に加入している場合は国民健康保険加入の方を記入してください。同じ世帯でも勤め先の健康保険組合や後期高齢者医療広域連合に加入している方の記入は不要です。

個人番号はマイナンバーを記入してください。

氏名 (受給資格)	八街 花子	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	*	*	*	*
氏名	八街 太郎	個人番号	3	4	5	6	7	8	9	0	*	*	*	*
氏名	八街 一男	個人番号	5	6	7	8	9	0	1	2	*	*	*	*
氏名		個人番号												
氏名		個人番号												
氏名		個人番号												

※世帯員全員(同じ医療保険に加入している方全員)が署名押印してください。