

別記

様式第1号(第5条)

重度心身障害者医療費助成受給券交付申請書

年 月 日

八街市長

様

住 所

申請者 氏 名

電話番号

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						
	フリガナ						
	氏 名			生 年 日 月 日	年 月 日生		
	障害の程度	身体障害者 手帳	第 号 級	療育手帳	第 号	精神障害者 保健福祉手 帳	第 号 級
	手帳交付日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
加入医療保険	被保険者名				記号番号		
	発行機関名				所在地		
	附加給付	有 ・ 無					

承 諾 書

八街市重度心身障害者医療費助成を申請するに当たり、以下の内容について承諾します。

- 1 所得情報、課税情報、住民登録情報、医療費情報等の個人情報について、市医療費担当課が確認すること。
- 2 医療費情報について、市が助成額を適正に支出するために、高額療養費及び附加給付金の支給状況等の必要な情報について加入保険者へ情報の提供及び照会すること。
- 3 市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合において、市と加入保険者で負担相当額について相さいすることが可能な場合、市と加入保険者の両者で調整すること。

氏 名 (受給資格者)	Ⓜ 個人番号	<input type="text"/>
氏 名	Ⓜ 個人番号	<input type="text"/>
氏 名	Ⓜ 個人番号	<input type="text"/>
氏 名	Ⓜ 個人番号	<input type="text"/>
氏 名	Ⓜ 個人番号	<input type="text"/>
氏 名	Ⓜ 個人番号	<input type="text"/>

※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。