

年齢 歳（65歳以上の取得 可・否）

精神1級（入院病床助成 可・否）

資格 取得日	年 月 日	受給者 番号	
-----------	-------	-----------	--

重度心身障害者医療費受給資格登録申請書兼受給者台帳

年 月 日

東松山市長宛て

申請者 住所

氏名

（電話 ）

以下のとおり、東松山市重度心身障害者医療費助成に関する条例第5条第1項の規定に基づき申請します。

受給者	ふりがな					生 年 月 日
	氏名					大・昭・平・令 年 月 日
	住所				申請者との 続 柄	
	個人番号					
	障害の 状況	身体障害者	手帳番号	第 号	等級	1級・2級・3級
知的障害者		手帳番号	第 号	等級	Ⓐ・A・B	
精神障害者		手帳番号	第 号	等級	1級	
後期高齢者医療障害認定者				程度	施行令別表 号該当	
保護者 (受給者が 未成年の場合)	氏名				受給者との 続 柄	
	住所				電 話	
加入医療保険	被保険者名				受給者との 続 柄	
	記号番号					
	名 称	<input type="checkbox"/> _____市町村国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療（※2）		<input type="checkbox"/> _____健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他：		
申請事由発生 年 月 日	年 月 日	申請事由	手帳交付・等級変更・転入・公費移行・生活保護廃止・その他（ ）			
	振込先 金融機関	銀行 信用金庫 農 協 労働金庫	本店 支店 出張所	預金 種別	普通預金	
振込先	口座番号	口座名義 カタカナ	（本人名義）			
東松山市重度心身障害者医療費助成に関する条例による資格認定及び医療費助成支給決定のため、住民基本台帳及び市県民税課税台帳（世帯員全員のもの）、障害の状況等の内容確認を東松山市長が行うことに					・同意します ・同意しません	

※1 障害者手帳の写し及び被保険者証の写しを添付すること。

※2 後期高齢者医療加入の場合は「後期高齢者医療における助成対象額を控除することの同意書」を記入すること。

(裏)

【市記入欄】

決 裁	担 当	リ-ダー	主幹	課 長	決 定	交 付
					年 月 日	年 月 日
判 定	支給決定 ・ 支給停止					
控除後の所得額 円				扶養人数 人		所得制限限度額 円