

記入例 松戸市重度心身障害者医療費助成資格認定申請書

申請日	年 月 日	記入した日	No.
-----	-------	-------	-----

(宛先) 松戸市長

申請者 (口座名義人となる方の名前を記入)			
住所	〒●●●● 松戸市●●1-1-1		
氏名	松戸 太郎 (印)		
対象者との続柄	父	電話番号	●●● (●●●) ●●●●

申請者 (同居の家族など可) の口座名義人となる方の住所、氏名、電話番号等を記入

松戸市重度心身障害者医療費助成受給券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

※申請には保険証のコピーの添付が必要です。

障害のある方の情報を記入	事由	<input type="checkbox"/> 新規手帳取得 <input type="checkbox"/> 手帳程度更新 <input type="checkbox"/> 他市町村からの転入 (年 月) <input type="checkbox"/> 生活保護受給廃止 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (令和2年8月1日から制度開始による)		
	個人番号	松戸 一郎		マイナンバー12桁を記入
健康保険情報を記入	交付対象者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他 []		
	加保者氏名	<input type="checkbox"/> 松戸市国民健康保険 保険証を見て記入 者医療保険 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 (組合・協会・共済等) [名称: ●●●●保険協会 千葉支部]		
	被保険者記号番号	松戸 太郎	松戸 花子	松戸 二郎
手帳情報を記入	手帳種別	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	手帳番号	千葉 都道府県
	手帳取得年月日	平成●●年 ●●月 ●●日		等級
	程度変更年月日	年 月 日		身体障害者種級: 1を記入 精神障害者種級: 1級
<input type="checkbox"/> 心臓移植 (抗免疫療法を受けている者に限る) ・肝臓移植 (受けている者に限る) ・じん臓機能障害 ・小腸機能障害 ・免疫機能障害のいずれか				

他の公費負担医療制度利用の有無 ※他の公費制度の助成を受けることができる方はそれを優先使用してもらいます。

<input type="checkbox"/> 特定医療費 (指定難病) ・特定疾患医療 <input type="checkbox"/> 療養介護医療 <input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 特定疾病 <input checked="" type="checkbox"/> 自立支援医療 (精神通院・更生・育成)
--	---

振込先	銀行名	支店名	支店コード	名義人	口座番号
	●●銀行	●●支店	●●●	カガナ: マツ タロウ 松戸 太郎	普通 ・ 当座 1 2 3 4 5 6 7

同意書

交付申請に当たり、私が本制度を利用する間、市長が必要と認めるときは、受給資格申請者及び当該申請者と同一の医療保険に加入している世帯員に係る松戸市保有の市民税等課税状況並びに保険の資格・給付状況等を調査すること及び加入保険者への情報提供・給付金額の調整をすることに同意します。

氏名 松戸 太郎 (印) (個人番号) 123456789123	氏名 松戸 一郎 (印) (個人番号) ●●●●●●●●	氏名 松戸 二郎 (印) (個人番号) ●●●●●●●●
氏名 松戸 花子 (印) (個人番号)	氏名 (印) (個人番号)	氏名 (印) (個人番号)
マイナンバー12桁を記入	已負担	資格認定日 年 月 日