|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （後期高齢者以外・後期高齢者（65歳以上）） | 整理番号 |  |
| 重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録申請書年　　月　　日　　姶良市長　　　　　　殿申　請　者　住所　　　　　　　　　　（）氏名　　　　　　　　　　　下記のとおり、重度心身障害者医療費受給資格者の認定を申請します。　また、資格者証登録申請又は助成額の決定に関し、対象者、保護者及び被保険者の課税資料を閲覧することに同意します。 |
| 対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 身障者手帳番号 | 県第号 | 障害の程度 |  | 手帳交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 知能指数 |  | 療育手帳番号 | 県第号 | 障害の程度 |  | 次期判定年月 | 年 月 |
| 保護者 | 住所 |  |
| 氏名 |  | 対象者との続柄 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 対象者に係る医　療保険 | 保険の種類 | 健保（協会・日雇・組合）・船保・国公・私学・国保（若人・退職）・後期高齢・地公 |
| 被保険者証 | 記号 | 番号 | 第号 |
| 被保険者氏名 |  | 対象者との続柄 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保　険　者名称 |  | 付加給付 | 有・無 |
| 保　険　者所在地 |  |
|  | 受領確認 |
|  | 受給資格者証 | 記　　　　　　　　　　　号 | 番号 | ・　・ |
|  | 身(身体障害者)知(知的障害者)重(重複障害者) | 第号 |  |
|  |
| おいて記入※この欄は市に | 該当・非該当の別 | 該　当　・　非該当 | 受　付年月日 | 年　月　日 | 決　　　裁　　　欄 |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
| 決　裁年月日 | 年　月　日 |
|  |  |  |  |
| 交　付年月日 | 年　月　日 |