

蕪崎市重度心身障害者医療費助成金受給資格者証交付（更新）申請書

年 月 日

（宛先）蕪崎市長

申請者 住所
氏名

印

次のとおり重度心身障害者医療費助成金受給資格者証の交付・更新を申請します。
また、次の①から③について、蕪崎市長が行うことに同意のうえ申請します。

- ① 申請に係る審査のため、蕪崎市重度心身障害者医療費の助成に関する条例第8条及び第10条に基づく審査を行うために限り、「受給者及び世帯員の状況」に記載された者の課税台帳の閲覧及び地方税関係情報（蕪崎市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用に関する条例別表第2に規定する地方税関係情報をいう。）について取得すること。
- ② 助成金の算定のため、受給者の医療費支払状況等について、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業所から診療報酬明細書、調剤報酬明細書、訪問看護療養費明細書写し等により山梨県国民健康保険団体連合会を通じて情報提供を受けること。
- ③ 過去に支給された助成金が過払いになり返還が必要になった場合は、その後に支給される助成金を、その過払い分に係る返還金に充当すること。

受給者		住所				
		氏名			男・女	
		生年月日		電話		
加入 医療 保険	被保険者又は組合員	氏名		受給者との続柄		
		住所				
	保険種別	種別				
		記号番号		付加給付の有無		有・無
	発行機関	発行機関名				
所在地						
保護者		住所				
		氏名		受給者との続柄		
		生年月日				
		電 話		職業		
受給者及び世帯員の状況（必ず本人が自署すること。）		氏 名	続柄	生年月日	個人番号	備考
			本人			代筆
						代筆
						代筆
						代筆

※認定方法

障害程度がわかる書類名	障害程度	証書番号	障害名		
経済状態がわかる書類名	扶養親族等の数	基準になる者の前年の所得額			
重度心身障害者医療費助成金受給資格者証	番号	有効期間			

（注） ※この申請の際は、被保険者（組合員証）を持参してください。

裏面あり

備考 「受給者及び世帯員の状況」の欄は、同意書を兼ねているため、申請者本人、配偶者及び同居している親族等の全員について、必ず本人が自署してください。代理人が署名する場合は、本人からの委任状（様式は問いません。）を取得し、添付してください。乳幼児等、本人の自署が困難な場合は、法定代理人等が代筆し、備考欄に代筆者の氏名と関係を記入してください。