

重度心身障がい者（児）医療費助成資格認定申請書

年 月 日

鎌ケ谷市長 様

住 所
申請者 電話番号 ()
氏 名
対象者との続柄

重度心身障がい者（児）医療費の助成を受けたいので、鎌ケ谷市重度心身障がい者（児）医療費助成条例施行規則第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請理由		新規・転入（ 年 月 日）・その他（ ）											
対象者	住 所												
	ふりがな							生年月日	年 月 日				
	氏 名												
	個人番号												
	障がいの程度	身体障がい 1・2級				知的障がい ㉠・A1・A2				精神障がい 1級			
加入医療保険	保険者名												
	保険者番号												
	保険者種別	1 国保 2 社保 3 後期高齢 4 国保組合											
	被保険者 (社保の場合)												
	記号番号												
	付加給付	有 ・ 無 (有の場合は制度の分かる資料を添付してください。)											
	同一保険世帯者	個人番号											
		個人番号											
個人番号													
個人番号													
振込指定口座	銀行 支店 口座番号 名義人氏名												
鎌ケ谷市重度心身障がい者（児）医療費助成受給資格認定申請にあたり、次のことに同意します。 ・ 重度心身障がい者（児）医療費助成の受給資格の確認に必要な市民税額等の調査をすること。 ・ 重度心身障がい者（児）医療費助成と、加入する健康保険の保険者から償還される高額療養費（高額介護合算療養費に係る保険給付分を含む。）、付加給付金等に重複が生じていた場合、重複した高額療養費等の額を限度に市がその額の全部又は一部を受領すること。また、そのために必要な個人情報加入する健康保険の保険者に提供すること及び当該保険者が保有する個人情報を調査すること。 対象者氏名													