

㊦ 重度心身障害老人等医療費助成申請書

対象者	後期高齢者医療 被保険者番号									氏名	男 女
	後期高齢者医療 保険者番号										
	個人番号										

所得状況		①助成対象者	②配偶者及び扶養義務者	
氏名				
個人番号				
③同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数(助成対象者については、70歳以上の同一生計配偶者又は老人扶養親族、特定扶養親族及び控除対象扶養親族のうち年齢16歳以上19歳未満の者の合計数)) (ひとり親家庭等の者で該当する場合のみ記入)		( 人 )	( 人 )	( 人 )
④③以外で前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童		人		
⑤所得額		円	円	円
⑥金品等の額		円	円	円
⑦控除	雑損	円	円	円
	医療費	円	円	円
	社会保険料	円	円	円
	小規模企業共済等掛金	円	円	円
	配偶者特別	円	円	円
	障害者(特別障害者を除く)である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	※ 円	※ 円	※ 円
	特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	※ 円	※ 円	※ 円
障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	障・特障・寡婦・ひ・勤 ※ 円	障・特障・寡婦・ひ・勤 ※ 円	障・特障・寡婦・ひ・勤 ※ 円	
肉用牛の売却による農業所得についての免除額	円	円	円	
※控除後の所得額	円	円	円	
※審査	認定・却下			

⑧申請事由	心身障がい者の方 該当する番号を○で囲んでください。 ( ( ) 内については、記入ください)	1. 身体障害者手帳を所持している。( 級)
	ひとり親家庭等の方 該当する番号を○で囲み、□枠内を記入してください。	2. 療育手帳を所持している。(障害の程度 ) 1. 配偶者のいない方で18歳未満の児童を扶養している。 住所 氏名 (生年月日) (養育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入) 2. 父母のいない18歳未満の児童を養育している配偶者のいない者又は婚姻をしたことのない者である。 住所 氏名 (生年月日) (養育している児童が2名以上いる場合は最年少の者を記入)

⑨資格発生日	平成・令和 年 月 日
--------	-------------

上記のとおり申請します。  
年 月 日  
(宛先) 榎原市長  
申請者  
住所  
氏名

※は記入する必要はありません。

㊦ 重度心身障害老人等医療費助成金支給申請書

後期高齢者医療被保険者番号										※宛名コード	
(ふりがな) 氏名									男女	生年月日	年 月 日
住所	(〒 - )										
	(電話番号 - )										

(宛先) 榎原市長

上記のとおり、重度心身障害老人等医療費の支給を申請します。  
 なお、助成金の支給後において、助成金を調整する必要がある場合は、次月以降の支給額において相殺することに同意します。

年 月 日

申請者

氏名 \_\_\_\_\_

(委任状)

私は、 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日申請した重度心身障害老人等医療費の受領に関すること。

申請者の住所

氏名 \_\_\_\_\_

代理人の住所

氏名 \_\_\_\_\_

口座振替 依頼欄	金融機関名	銀行・信金 労金・信組 農協							本店 支店 出張所			
	金融機関コード							店舗コード				
	預金種別	普通・当座・その他			口座番号							
	口座名義人	フリガナ										

※は記入する必要はありません。