様式第１号(第２条、第５条、第７条関係)

障　心身障害者医療費受給資格証交付(更新)申請書

心身障害者医療費助成金支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | | |  | | | | | | | | | 個人番号 | | | |  | |  | | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | | ※宛名コード |  |
| 対象者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | 橿原市 | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成・令和　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年1月1日時点住所 | | | | □同上 | | | | | | | | | |
| 配偶者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | 橿原市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□同上 | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成・令和　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年1月1日時点住所 | | | | □同上 | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  | |  | |  | | |  | 続柄 | | | |  | | | | | | | | | |
| 扶養義務者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | 橿原市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□同上 | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成・令和　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年1月1日時点住所 | | | | □同上 | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  | |  | |  | | |  | 続柄 | | | |  | | | | | | | | | |
| 資格証交付申請事由  (異動事由) | | | | | | | | | | | □　心身障がい者になったため　　　　　　□　保険に新たに加入したため  □　他の市町村から転入してきたため　　　□　生活保護の廃止  □　その他(　　　　　　　　　　　　　　　)  資格発生年月日　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | | | | | 別紙のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手帳 | 県・府 | | | | | | | 第　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | 種　 級　A1・A2・B1 | | | | | | | | | | 交付日 | | | | 年　　月　　日 | | |
| 変更日 | | | | 年　　月　　日 | | |
| 障害種別 | □視覚　□聴覚　□平衡　□言語　□上肢　□下肢　□体幹　□心臓　□腎臓　□呼吸　□膀胱　□直腸　□小腸　□免疫　□移動　□肝臓 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　上記のとおり心身障害者医療費受給資格証の交付及び子ども以外の者の受療に係る心身障害者医療費助成金の支給を申請します。

　なお、申請に伴い以下のことに同意します。

　　・心身障害者医療費助成制度の資格審査等のために必要な、所得等の情報を閲覧・使用すること。

　　・対象者が加入する健康保険等の加入状況について確認すること。

　　・療養の給付に係る一部負担金について高額療養費の支給を受けることができる場合、医療機関等において電子資格確認等により被保険者であることの確認を受けるとともに、福祉医療費受給資格証・診療報酬明細書の写しを徴すること、及びこれらのものを市長に提出すること。

　　・心身障害者医療費助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。

　　・現物給付とならない心身障害者医療費助成金については、下記の口座で受領すること。

　　・申請事項に変更が生じた場合は、速やかに届出を行うこと。

　　・法令に基づく支給や他の公費負担医療制度等から支給があり、重複支給となる場合は速やかに助成金相当額を返還すること。

　　・重複支給による返還に応じない場合、橿原市が重複支給の確認のために行う一切の必要な書類等の調査をすること。

　　・重複支給の確認のための調査で重複支給されていることが確定した場合、返還いただくために以下の調査をすること。

　　　(スポーツ振興センターにおける支給状況・所得税等諸税の課税状況等・金融機関における取引状況・生命保険の加入状況・生活保護費の支給状況・児童扶養手当の支給状況・給与等の支払状況)

年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　申請者住所

氏名

電話番号

【本人・夫・妻・父・母・自宅・その他（　　　　　　　　）】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先  □新規  □変更あり  □変更なし | 金融機関名 | 銀行・信金･労金  信組･農協 | | | | | | | | 支店名 | 本店・支店  出張所 |
| 口座番号 | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

　(委任状)

　私（申請者）は下記の者を代理人と定め、心身障害者医療費助成金の受領に関する権限を委任します。 　　 　　(宛先)橿原市長

代理人住所

担当者

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　