

令和 年 月 日

## 柏市重度心身障害者医療費受給資格登録認定申請書

柏市長 あて

住 所： \_\_\_\_\_

申請者

氏 名： \_\_\_\_\_

対象者との続柄 ( )

柏市重度心身障害者医療費受給資格を、次のとおり申請します

対 象 者	フリガナ		生 年 月 日		
	氏名			年 月 日生	
	住所	電話番号			
	身障手帳番号	第	号	身障手帳等の発行日	
	療育手帳番号	第	号	療育手帳等の発行日	
	精神手帳番号	第	号	精神手帳等の発行日	
	身障障害区分			身障程度	級 種
	療育障害程度				
	精神障害等級				
	保険種別	国保・協会・組合・共済・後期高齢・その他			
他の給付	難病・自立支援医療(更生・育成・精神通院)・特定疾病(人工透析等)・その他( )				
振込先	金融機関名	銀行	支店		
	口座番号	(普通)			
	(フリガナ)				
	口座名義				
同意書					
柏市 重度心身障害者医療費受給資格登録認定申請(受給券の交付)にあたり、その認定及び助成のために、受給資格中は、柏市 職員が私及び私と同一医療保険に加入している世帯員に係る 柏市 保有の市民税等の課税状況並びに保険の資格、給付状況、高額介護合算療養費の支給状況等を調査すること及び加入保険者への情報を提供することに同意します。					
	氏名		氏名		
	氏名		氏名		
	氏名		氏名		

《添付書類》①健康保険証の写し

②市町村民税の所得割の額を確認できる書類

(当該年度1月1日以降に 柏市 に転入された方や、医療保険の扶養者が他市に在住の場合)