別記様式第１号（第３条、第４条関係）

重度心身障害者医療費受給資格・更新申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **太枠の中を記入してください。** | | | | | | 申請日 | | | 年 　　月 　　日 | | | |
| 大崎上島町長　様  次のとおり、重度心身障害者医療費支給条例の規定による受給資格の認定を申請します。  また、受給資格の認定及び更新に関して、次の事項に同意します。なお、このことについては、配偶者及び扶養義務者の同意を得ています。  （１）町民税課税台帳その他の公簿による所得額その他の審査項目に係る確認を行うこと。  （２）町長が必要と認める場合は、個人番号により地方税関係情報を確認すること。 | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | 年　　月　　日  （　　　　　　歳） | | | |
| 住所 | 大崎上島町  （電話番号　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 配偶者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | □申請者と同居　※同居の場合は、記載は不要です。 | | | | | | | | | | |
| 扶養義務者 | 氏名 |  | | | | | | | | 申請者との続柄 | |  |
| 住所 | □申請者と同居　※同居の場合は、記載は不要です。 | | | | | | | | | | |
| 障害の状況 |  | | 交付日 | | 手帳番号 | | | | | | 等級 | |
| 身体障害者手帳 | |  | |  | | | | | | 級 第　　種 | |
| 療育手帳 | |  | |  | | | | | | 級 第　　種 | |
|  | |  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | |  | | | | | |  | |
| 加入保険 | 被保険者氏名 | |  | | 住所 | | □申請者に同じ　※申請者と同じ場合は、記載は不要です。 | | | | | |
| 申請者との続柄 | |  | 保険種別 |  | | | 記号・番号 | | |  | |
| 保険者名 | |  | | | | | 保険者番号 | | |  | |
| 個人番号記入欄   * 昨年度１月１日に大崎上島町に   住所を有していない申請者のみ記入  してください | | | | | | | | | | | | |

※　次の欄には、記載しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格発生理由 | | 障害申請・転入・保険資格取得・生保廃止・所得該当・制度区分変更・６５歳到達・その他 | | | | | | | | |
| 後期高齢者医療の加入状況 | | | 資格取得年月日 | 年　　月　　日 | | | | 番号 |  | |
|  | | | 申請者 | | 配偶者 | | 扶養義務者 | | | 受付印 |
| 所得状況 | 扶養人数 | | 人 | | 人 | | 人 | | |
| 控除後所得額 | |  | |  | |  | | |
| 所得制限限度額 | |  | |  | |  | | |
| 備考 | |  | | | | | | |
| 審査結果 | | | 認　定　・　却　下 | | | 受給者証番号 | | | |
| 交付年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |  | | | |