

第1号様式

船橋市重度心身障害者医療費助成受給資格認定申請書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

船橋市長 あて

記入例

住所 船橋市湊町〇-〇-〇

申請者氏名 船橋 太郎

続柄 父

電話番号 047 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇

船橋市重度心身障害者医療費の助成に係る受給資格の認定を次のとおり申請します。

■申請に係る重度心身障害者

申請理由	新規 ・ 転入 ( 年 月 日 )		
住所	船橋市湊町〇-〇-〇 (上記申請者と同一住所の場合は「同上」でも可)		
フリガナ	フナバシ イチロウ	個人番号 (マイナンバー)	
氏名	船橋 一郎	生年	
電話番号	自宅 ・ 携帯 ・		
<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳			<input type="checkbox"/> 療育手帳
1級 ・ 2級 手帳番号 ( 〇〇〇〇〇〇 )			1級 手帳番号 ( )
加入保険	保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 (組合健保、共済組合、協会けんぽ等) <input type="checkbox"/> その他 ( )	

お持ちの手帳にチェック及び該当の等級に丸を付け、手帳番号をご記入ください。

※健康保険証の写しを必ず添付してください

■同一保険世帯者

氏名	船橋 太郎
氏名	
氏名	

ご加入の健康保険種別に☑を付け、必ず健康保険証の写しを添付してください。

■同意書

船橋市重度心身障害者医療費助成受給資格認定申請書に同意します。

- 障害者本人又は同一世帯の家族が、申請に係る重度心身障害者の方と、同じ健康保険に加入されている方のお名前をご記入ください。
- 重度心身障害者医療費助成額、介護保険給付状況、障害者本人の氏名、生年月日、被保険者番号、受給者番号等の情報 (高額療養費、付加給付等の算定に必要と) 必ずご署名をお願いします。  
※自筆の場合は押印省略可
- 上記について、個人番号による照会を行うこと。

申請者氏名 船橋 太郎 印

障害者氏名 (申請者に同じ場合は記入不要) 船橋 一郎 印

※上記同意書欄へのご署名をお願いします。