

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 月 日	
電話番号	自 宅 ・ 携 帯 ・ F A X		
<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳
1級・2級 手帳番号（ 〇〇〇〇〇〇 ）		④・④1・④2・A1・A2 手帳番号（ ）	1級 手帳番号（ ）
加 入 保 険 情 報	保 険 種 別	<input checked="" 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 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（ ）	
	保険者名称	船橋市	資 格 取 得 日 令和4年 1月 1日
	保険者番号	120048	記 号 番 号 船 1234567
	被 保 険 者	船橋 一郎	住所(被保険者) 船橋市湊町〇-〇-〇
	同一保険 世帯者	氏名 氏名 氏名	個 人 番 号

※「資格情報のお知らせ」または「健康保険被保険者証」をお持ちの場合は、写しを添付してください。

■同意書

船橋市重度心身障害者	ご家族の中で、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。	
・ 障害者本人又は同居の家族が、健康保険給付状況、高額療養費決定通知書の調査を受けること。		
・ 重度心身障害者医療費助成と、加入している健康保険からの高額療養費、付加給付等の保険給付により医療費助成額に重複が生じたときは、受けている医療費助成額を限度に、市が医療費の助成を受けている者に代わり全部または一部の保険給付を受け取ること。また、これらのために必要な、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、付加給付等の情報）を提供すること。	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	障害者氏名（申請者に同じ場合は記入不要）	
船橋 太郎 印	船橋 太郎 印	

※上記同意書欄へのご署名をお願いします。