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

年　　月　　日

船橋市長　あて

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者　氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続　　柄 ＿＿＿＿

電話番号　　（　　）

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			
フリガナ		個人番号（マイナンバー）	
氏　　名		生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
電話番号	自　宅　・　携　帯　・　FAX　　（　　）		

□身体障害者手帳	□療育手帳	□精神障害者保健福祉手帳
１級　・　２級 手帳番号（　　）	Ⓐ　・　Ⓐ1　・　Ⓐ2　・　A1　・　A2 手帳番号（　　）	１級 手帳番号（　　）

加入保険情報	保険種別	□国民健康保険　□後期高齢　□国民健康保険組合 □社会保険（組合健保、共済組合、協会けんぽ等）　□その他（　　）			
	保険者名称			資格取得日	年　　月　　日
	保険者番号			記号番号	
	被保険者			住所（被保険者）	
	同一保険世帯者	氏名		個人番号	
		氏名		個人番号	
		氏名		個人番号	

※資格確認書または有効な保険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医療費助成受給資格認定申請にあたり、次のことについて同意します。

- 障害者本人又は同一世帯者から特に申出がない限り、今後、助成事務に必要な障害者本人及び同一世帯者の市民税額、健康保険給付状況、高額療養費判定区分等の調査をすること。
- 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、付加給付等の算定に必要とする情報）を、加入している健康保険に提供すること。
- 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）**

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※上記同意書欄へのご署名をお願いします。

回・障害・㉔