

### 松戸市重度心身障害者医療費助成資格認定申請書

No. \_\_\_\_\_

申請日	年 月 日
-----	-------

(宛先) 松戸市長

受付印

申請者 (口座名義人となる方の名前を記入)			
住所	〒		
氏名			
対象者との続柄	電話番号	( )	



松戸市重度心身障害者医療費助成受給券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

※申請には保険証のコピーの添付が必要です。

交付申請事由		<input type="checkbox"/> 新規手帳取得 <input type="checkbox"/> 手帳程度更新 <input type="checkbox"/> 他市町村からの転入 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 生活保護受給廃止 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
交付対象者氏名		生年	年	月	日生
個人番号		月	日		
交付対象者住所		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他 [ ]			
加入 医 療 保 険	保険種別・名称	<input type="checkbox"/> 松戸市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 千葉県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 (組合・協会・共済等) [名称: ]			
	被保険者氏名			対象者との続柄	
	対象者同一保険の加入者				
	被保険者記号番号			附加給付	有 ・ 無
手 帳 情 報	手帳種別	<input 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	手帳番号	都道府県号	
	手帳交付年月日	年	月	日	等級
	程度変更年月日	年	月	日	身体: 種 級 療育: 精神: 級
	<input type="checkbox"/> 心臓移植 (抗免疫療法を受けている者に限る) ・ 肝臓移植 (抗免疫療法を受けている者に限る) <input type="checkbox"/> じん臓機能障害 ・ 小腸機能障害 ・ 免疫機能障害のいずれかに該当 ※所得制限の適用対象外になります。				
他の公費負担医療制度利用の有無 ※他の公費制度の助成を受けることができる場合は、他公費が優先されます。					
<input type="checkbox"/> 特定医療費 (指定難病) ・ 特定疾患医療 <input type="checkbox"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 (精神通院・更生・育成) <input type="checkbox"/> 療養介護医療 <input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
振 込 先	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (※下記口座欄記入) <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する				
	金融機関名	支店名	支店コード	名義人	口座番号
	フリガナ:			普通 ・ 当座	

#### 同意書

交付申請に当たり、私が本制度を利用する間、市長が必要と認めるときは、受給資格申請者及び当該申請者と同一の医療保険に加入している世帯員に係る松戸市保有の市民税等課税状況並びに保険の資格・給付状況等を調査すること及び加入保険者への情報提供・給付金額の調整をすることに同意します。

氏名 (個人番号)	Ⓜ	氏名 (個人番号)	Ⓜ	氏名 (個人番号)	Ⓜ
氏名 (個人番号)	Ⓜ	氏名 (個人番号)	Ⓜ	氏名 (個人番号)	Ⓜ
審査結果	認定・停止・却下	自己負担	資格認定日	年	月 日