

第1号様式（第3条）

浦安市重度心身障がい者（児）医療費助成受給券交付申請書

年 月 日

浦安市長

様

郵便番号

住 所

フリガナ

申請者 氏 名

電話番号

（対象者との続柄）

浦安市重度心身障がい者（児）医療費助成受給券の交付を受けたいので、浦安市重度障がい者医療給付条例第7条の規定により、次のとおり関係書類を添えて、申請します。

対 象 者	住 所	〒			
	1月1日現在の 住所地				
	フリガナ 氏 名		生年 月日	年 月 日（歳）	
	障がい区分	1 身体	2 知的	3 重複	4 精神
	障がい程度	1級・2級・㊤・㊤の1・㊤の2・Aの1・Aの2			
	手帳等有効期限	年 月 日から		年 月 日まで	
加 入 医 療 保 険	保険者名称				
	保険者番号				
	被保険者氏名				
	記号番号	記号		番号	
	資格取得年月日	年 月 日			
同意欄					
<p>医療給付金の支給額の算定に必要な私と世帯員の課税状況や高額療養費等（付加給付その他の給付をいう。以下同じ。）に係る事実について、市が保有する情報により確認することを同意します。</p> <p>また、高額療養費等の算定に必要な私と世帯員の課税情報を加入医療保険者に提供すること、及び加入医療保険者から高額療養費等の情報を受けることに同意します。</p>					
氏名 ㊤					
氏名 ㊤					

※保険情報確認のため、必ず対象者の保険証の写しを添付してください
 ※同意欄の氏名は、対象者及び同居家族の方で収入のある方1名をご記入ください。単身世帯の場合、または同居家族の方で収入がない場合は、対象者のみで構いません。必ず押印もお願いします