様式第2号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決済 |  |  |  |  |  | 受付 | 年　　　　月　　　　日 |
|  |  |  |  |  | 伺 | 年　　　　月　　　　日 |
| 決定 | 年　　　　月　　　　日 |
| 発行 | 年　　　　月　　　　日 |
| 受給資格適否（理由）　　　　　　　　　 備考　　適・否 | 住民登録 | 有　　　無 | 確認印 |
| 所得額 |  |  |
| 身体障害者 | 1級　　　2級　　　3級 | 手帳番号 |  |
| 知的障害者 | イ、重度判定　　ロ、療育手帳A所持 | 手帳番号 |  |
| イ、重複障害で中度知的障害 | 手帳番号 |  |

|  |
| --- |
| 重度心身障害者医療費受給資格者証交付申請書年　　　月　　　日　　　　　　　　延 岡 市 長　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名電話番号　　　　-　　　　-　　　　 |
| 対象者 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 個人番号 |  |
| 住　　所 |  |
| 加入保険 | 保険者 | 記号・番号 | 所在地 | 世帯主又は被保険者 | 付加給付 |
|  |  |  | 続柄（　　　） | 有 ・ 無 |
| 振込先 | （金融機関・本件支店名） | (口座番号)当・普 | 口座名義(カタカナ) |

同　　意　　書

　本申請（重度心身障がい者医療費助成）の決定のため必要があるときは、私及び私の世帯員に係る所得及び課税などの状況について、実施機関が個人番号による課税状況の照会、又は地方税法に基づく住民税の課税台帳により確認されることに同意します。

　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　氏名

