様式第１号（規則第２条関係）

**重度心身障害者医療費受給資格者証　交付申請書**

延岡市長　宛

次のとおり、延岡市重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則第２条の規定により、

受給資格者証を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申 請 日** | | | | | 年　　　月　　　日 |
| **申　請　す　る　人**  **（ 対　象　者 ）** | （フリガナ）  氏名 |  | | | | 生年月日 | | | | | 年　　　　月　　　日 |
| 個人番号 |  | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | |
| 転入前住所 |  | | | | | | 転入日 | | | 年　　　　月　　　日 |
| **配　　偶　　者** | □　あり（別居、事実婚含む）　　　□　なし | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | 生年月日 | | |  |
| 個人番号 |  | | | | | | | | | |
| 住所 | □　対象者と同居 | | | | | | | | | |
| **世　帯　員**  **（一八歳以上）** | 氏名 | | | 生年月日 | | | | | 続　柄 | | 個人番号 |
|  | | | 年　　月　　日 | | | | |  | |  |
|  | | | 年　　月　　日 | | | | |  | |  |
|  | | | 年　　月　　日 | | | | |  | |  |
| **加入保険** | 保険者名 | | | 記号・番号 | | | | | | | 被保険者名 |
|  | | |  | | | | | | | 続柄（　　　　） |
| 被 保 険 者 住 所 | | | | | | | | | | 被保険者 個人番号 |
| ※対象者・配偶者以外の場合記載 | | | | | | | | | | ※対象者・配偶者・世帯員以外の場合記載 |
| **振込先** | 金融機関名 | | | | 支店名 | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
| 口座番号 | | | | 口座名義（カタカナ） | | | | | | |
| 普・当 | | | |  | | | | | | |
| **同 意 ・**  **委 任** | 私は、次のことに同意し、配偶者及び世帯員及び扶養義務者の同意も得ています。  　・資格の認定及び医療費助成の審査　・個人番号を用いた情報取得　・高額療養費等給付の委任受領  　 　　　　　年　　　　　月　　　　　日　申請者氏名 | | | | | | | | | | |
| **窓口にきた人** | □　申請者（対象者）本人 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | |
| 住所 | |  | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | 続柄 | | |  | |