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 |  |