

重度心身障害者医療費受給資格登録

申請書

障 害 者 手 帳 等 所 持 者	フリガナ					加 入 医 療 保 険	被保険者名				障害者手帳等所持者の続柄		
	氏名	個人番号:					住 所						
	生年月日	年	月	日	電話								
	住 所						保 險 者 名	健保・国保・共済 全健保 支部					
	障 害 の 状 況	身体障害者 手帳番号	第	号	程度		1・2・3	記 号 番 号	記号 番号				
		療 育 手帳番号	第	号	程度		㉠・A・B	保 險 者 番 号					
		精神障害者 保健福祉 手帳番号	第	号	程度		1・2	付 加 給 付	有・無	住 所			
		後期高齢者医療障害認定者					程 度	施行令別表 号該当	金 融 機 関 名	銀行 農協 信金 信組			支 店 名
	障 害 名						口 座 番 号	普通					
	世 帯 保 護 主 者	氏 名					フリガナ						
住 所							名 義 人						
※ジェネリック医薬品を希望する旨を受給者証に記載について		希望する			希望しない		申 請 事 由						

重度心身障害者医療	
受給者番号	
資格開始日	

上記のとおり神川町重度心身障害者医療費支給に関する条例に基づき申請します。

年 月 日

神川町長 様

申請者 住所
氏名
障害者手帳等所持者との続柄()

決 裁 欄			

重度心身障害者医療費支給にかかる同意書

(宛先)神川町長

年 月 日

私(受給者)は、神川町重度心身障害者医療費支給制度を受けるにあたって下記の事項について同意します。

		受給者番号		
受給者	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
加入医療 保険	保険種別	国保・社保・後期		
	記号		番号	
	保険者名			
	保険者番号			
被保険者 世帯主 組合員 加入者	フリガナ			
	氏名			

記

1 神川町国民健康保険・後期高齢者医療制度に加入の場合

神川町から助成を受ける医療費に係る高額療養費(高額療養費、高額介護合算療養費及び特定疾病にかかる高額調整額に係る医療保険分を含む。以下「高額療養費等」という。)について、神川町が申請・受領すること。

2 全受給者

①神川町から助成を受ける医療費に係る総医療費、一部負担金、高額療養費等及び附加給付について、神川町が保険者に対し照会又は確認を行うこと。

②資格認定及び医療費助成支給決定のため、町長が保有している住民基本台帳、受給者の個人番号、町税課税台帳、障害の状況等の情報を、町長が今後必要な範囲内で確認すること。

なお、今後、加入医療保険、世帯等の変更に伴い、高額療養費等の請求権者、世帯主等に変更が生じた場合は、当該請求権者には私が責任を持って対応し、私及び当該請求権者は、本同意の趣旨に基づき、変更の手続きをいたします。

署名
