

様式第1号(第2条・第5条関係)

重度心身障害者医療費助成金受給資格者証交付・更新申請書

受給者		住所				
		氏名			男・女	
		生年月日				
		個人番号				
加入医療保険	被保険者 又は組合員	氏名			受給者との続柄	
		住所				
	保険種別	種別			資格取得年月日	
		記号番号			付加給付の有無	有・無
	発行機関	発行機関名				
		所在地				
保護者		住所				
		氏名			受給者との続柄	
		生年月日				
		個人番号				
		電話			職業	

上記のとおり重度心身障害者医療費助成金受給資格者証の交付を申請します。なお、次の①から③について上野原市長が行うことに同意のうえ申請します。

① 申請・更新に係る審査のため、世帯の住民税所得・課税状況について取得又は閲覧すること及び必要に応じて情報連携により受給者の加入医療保険の資格情報について取得又は閲覧すること。

② 助成金の算定のため、受給者の医療費支払状況等について、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業所から診療報酬明細書、調剤報酬明細書、訪問看護療養費明細書写し等により山梨県国民健康保険団体連合会を通じて情報提供を受けること。

③ 過去に支給された助成金が過払いになり返還が必要になった場合は、その後に支給される助成金を、その過払い分に係る返還金に充当すること。

年 月 日

上野原市長 宛

申請者 住所
氏名
電話

※認定方法

障害程度がわかる書類名	障害程度	証書番号	障	害	名
経済状態がわかる書類名	扶養親族等の数	基準になる者の前年の所得額			
重度心身障害者医療費助成金受給資格者証	番 号		有効期間		

注 ※印の欄は、記入しないでください。