別記様式第１号（第５条関係）

障害者医療費受給資格登録申請書　（新規・変更）

令和　　年　　月　　日

（宛先）野々市市長

申請者　住　所

氏　名

医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="9">受給対象者</td><td>住 所</td><td colspan="5"></td><td>連絡先</td><td colspan="5">－　　－</td></tr>
<tr><td colspan="6">ふりがな</td><td colspan="6">生 年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="6">氏 名</td><td colspan="6">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>手帳種別</td><td colspan="5">身体 ・ 療育 ・ 精神　　級
第　　号</td><td colspan="6">交付日　　年　　月　　日　新規交付　再交付</td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入健康保険</td><td>種 類</td><td colspan="2">国保 ・ 組合国保
社保 ・ 後期高齢者</td><td>記号番号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td>附加給付の有無</td><td colspan="2">有 ・ 無</td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">受給対象者との続柄</td><td></td><td>住 所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">保険者の名称</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">保険者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">申請理由</td><td colspan="6">1 障害程度が該当するようになったため</td><td colspan="2">現受給者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">2 転入してきたため</td><td colspan="2" rowspan="3">変更事項
該当に○</td><td colspan="4">住所 ・ 氏名</td></tr>
<tr><td colspan="6">3 登録事項の変更</td><td colspan="4">障害程度</td></tr>
<tr><td colspan="6">4 その他(　　)</td><td colspan="4">加入健康保険</td></tr>
<tr><td colspan="12">事由発生年月日　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

(宛先)野々市市長　　令和　　年　　月　　日

市長が、医療費の助成資格の認定に必要な税関係情報の記録を調査すること並びに医療費助成金の算定のため保険者から支給される高額療養費に関する情報を調査することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="2">対　象　者</td><td>住 所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>氏 名</td><td colspan="4">(署名又は記名押印)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">配　偶　者</td><td>住 所</td><td colspan="2"></td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>氏 名</td><td colspan="2">(署名又は記名押印)</td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">扶養義務者</td><td>住 所</td><td colspan="2"></td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>氏 名</td><td>(署名又は記名押印)</td><td>対象者との続柄</td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
</table>

※　事務処理欄（ここから下の欄は記入しないでください。）

<table>
<tr><td>助成区分</td><td colspan="5">県単 ・ 市単</td><td>医療費助成開始日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>審 査</td><td></td></tr>
</table>