

心身障害者医療費助成受給資格認定・受給券交付申請書

年 月 日

(あて先)千葉市長

申請者	住 所												
	氏 名												
	個人番号												
	メール アドレス	@											

次のとおり心身障害者医療費の助成資格の認定及び受給券の交付を受けたいので申請します。
また、助成に当たり、千葉市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者との間で負担相当額について相殺することに同意します。

対象者	フリガナ													住所	電話 — —					
	氏 名																			
	個人番号																			
	生年月日	年 月 日																		
配偶者	フリガナ													住所						
	氏 名																			
	個人番号																			
扶 養 義務者	フリガナ													対象者 との 続柄		住所				
	氏 名																			
	個人番号																			
保護者	フリガナ													対象者 との 続柄		住所				
	氏 名																			
	個人番号																			
区 分	☐ 身体(A)	身体障害者等級 による等級				級				障害種別				第 号						
	☐ 知的(B)	障害の程度								次の判定年月				年 月						
	☐ 精神(C)	障害者等級				級				有効期限				年 月 日						
		(精神障害者保健福祉手帳の内容について千葉市が調査することに同意する方は□に「レ」を記入し、記名押印又は自署してください。)																		
		☐ 精神障害者保健福祉手帳1級所持を根拠として心身障害者医療費の助成を受けるにあたり、受給資格者証の交付を受けている間、手帳の内容について千葉市が調査することに同意します。 対象者 氏名 (※) (※)18歳未満の場合は保護者をご記入ください。本人(保護者)が手書きしない場合は記名押印してください。																		
振 込 口 座	金融機関名							支店名(店番号)				()								
	口座番号							種別	普通	フリガナ										
										口座名義人										
加 入 健 康 保 険	被保険者名										記号・番号									
	名 称										所在地									
	種 類	1 国民健康保険 2 健康保険(政府管掌) 3 健康保険(組合管掌) 4 共済組合 5 船員保険 6 その他の健康保険																		

備考	所得及び諸控除の額の確認について 千葉市心身障害者医療費助成の受給資格等審査のため、市民税に係る課税状況、所得金額及び諸控除の額その他市民税の賦課に関する情報の確認が必要となります。次の方法のうち、いずれか希望する□に✓を付してください。 □本助成制度の利用期間中、事務処理に必要な範囲内で、市民税に係る課税状況、所得期間額及び諸控除の額その他市民税の賦課に関する情報について、千葉市保有の課税台帳等により確認することに同意します。 □市町村民税課税証明書等(市町村民税・所得金額・控除額・扶養親族の数の記載があるもの)を添付します。 高額介護合算療養費の清算について □本助成制度の利用期間中の医療費について、高額介護合算療養費等支給申請を行った場合において、千葉市が実施している心身障害者医療費助成制度による助成と高額介護合算療養費とで重複が生じていた場合、私が受けている心身障害者医療費助成の助成額を限度に、千葉市が私にかわり全部、または一部の高額介護合算療養費を受け取ることに同意します。 □上記目的のために必要な私の個人情報を、千葉県後期高齢者医療広域連合に提供すること、及び千葉県後期高齢者医療広域連合が保有する情報を千葉市が閲覧することに同意します。 年 月 日 対 象 者 氏 名 _____ (※) (※) 18歳未満の場合は保護者をご記入ください。本人(保護者)が手書きしない場合は、記名押印してください。 配 偶 者 氏 名 _____ (※) 又は 扶養義務者 氏 名 _____ (※) (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	※ 確認者

(注) この申請書に添えなければならない書類は、次のとおりです。

①

加入している健康保険の資格確認書等の写し

②

(A)の者は、身体障害者手帳又は指定医の診断書

(B)の者は、児童相談所若しくは知的障害者更生相談所の判定書又は療育手帳

(C)の者は、精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)

③

対象者世帯の当該年度分(4月から9月までの申請にあつては、前年度分)の市町村民税に係る課税状況、所得金額、控除額及び扶養親族の数等の状況を証する書類