様式第１号（第５条関係）

障害者医療費受給資格登録（更新）申請書

令和　　　年　　　月　　　日

山元町長

　住　所

申 請 者　　氏　名

（続柄：　　　　　　　　）

電　話

山元町障害者医療費の助成に関する条例第５条の規定により、次のとおり受給資格の登録（更新）を申請します。また、資格の自動更新及び当該申請に係る世帯員等の所得状況等について、調査することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録事由 | □ 転入　□ 手帳等交付　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事由発生日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 　**障害者**※申請者本人の場合、　　 住所は省略可 | フリガナ |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所 | 山元町 | 個人番号（マイナンバー） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　**受給者**※障害者と**別の場合** | フリガナ |  | 続　　柄 | 配偶者 ・ 親 ・ 子 ・ その他（　　　　） |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 昭和・平成・令和年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所 | 山元町 | 個人番号（マイナンバー） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 障害の内容 | 身体　・　精神　（　　　種　　　級）　障害部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※転入の場合１月１日の住所 |  |
| 加入保険 | 別添のとおり |
| 振込先口座  | 金融機関 | 銀行・農協　　　　　　　　　　　　　　　　　　本店金庫・組合　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店・支所 |
| 口 座 番 号 | 口座名義人（カナ） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ※勤務先記入欄付加給付に関する証明 | 上記受給者の家族療養費に対する付加給付は次のとおりです。（給付規定等の内容）上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　　年　　　月　　　　日　　　　　　　事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| * 処 理 欄
 | 受給者番号 |  | 資格 | 該当 ・ 非該当（　　　　） | 受付印 |
| 起案日 | 　　　年　　　月　　　日 | 所得入力 | 自動 ・ 調査 |
| 証交付 | 　　　　有　・　無 | 証発送日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 課 長 | 参 事 | 班 長 | 班 員 | 担 当 |
|  |  |  |  |  |