

様式第1号（第3条関係）

受給者番号		前番号	
重度心身障害者医療費受給資格登録申請書 年 月 日 ふじみ野市長 宛て 住所 氏名 電話番号 次のとおり、ふじみ野市重度心身障害者医療費の支給に関する条例第5条の規定により申請します。			
受給資格	フリガナ	住所	
	氏名		
	個人番号		
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄
障害者の状況	身体障害者手帳番号	程度	1級・2級・3級
	療育手帳番号	程度	㉠・A・B
	精神障害者保健福祉手帳番号	程度	1級
	後期高齢者医療障害認定者	程度	施行令別表号該当
保護者	氏名	住所	
	生年月日	年 月 日	受給者との続柄
加入医療保険	被保険者氏名	住所	
	保険記号番号 後期被保険者証番号	保険種別	国保・後期 社保(本人・扶養・継続) 他国(本人・扶養)
	受給者との続柄	加入日	年 月 日
	保険者の名称		
	保険者番号		
申請事由発生年月日	年 月 日	申請事由	手帳取得・障害認定・転入・他()
※ジェネリック医薬品を希望する旨を受給者証へ記載します。 はい・いいえ			
ふじみ野市長 宛て 重度障害者医療費の支払いについては、次の金融機関へ振込みを依頼します。			
金融機関名	支店名	店番	
預貯金種目	普通・当座	口座番号	
口座名義人（カタカナで御記入ください）			

備考 太線の中を御記入ください。

（裏面に続く。）

同意書兼委任状

1 全受給者

- ① 資格認定及び医療費支給決定のため、ふじみ野市が、私及び私の世帯の住民基本台帳、課税台帳、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律における個人番号等及び高額介護合算療養費等支給額計算結果連絡票を閲覧すること。
- ② 私の加入する医療保険者に対し資格情報、自己負担割合、所得区分、給付情報その他医療費に関することを照会すること。

2 ふじみ野市国民健康保険加入者

私の加入するふじみ野市国民健康保険から支給を受ける医療費に係る高額療養費等について、ふじみ野市が申請・受領すること。

3 後期高齢者医療保険加入者

私の加入する埼玉県後期高齢者医療広域連合から支給を受ける高額療養費（高額介護合算療養費に係る医療保険分を含む）についてふじみ野市が受領すること。

ふじみ野市長 宛て
年 月 日

今後生ずるふじみ野市重度心身障害者医療費支給制度に基づく一部負担金の支給を受けるにあたって、上記事項について同意及び委任します。

受給資格登録者 保護者

被保険者・世帯主

「重度心身障害者医療費支給制度のごあんない」を受領しました。

年 月 日 申請者

代理受領

(続柄)