

重度心身障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請書

本人氏名				生年月日		年		月		日		
住 所		佐渡市				電話番号						
個人番号（マイナンバー）												
障害内容	身体障害者手帳	交付年月日		交付番号		障害名		等級				
		. .		第 号								
	療育手帳	交付年月日		交付番号		障害の程度		有期判定				
		. .		第 号		A		有 ・ 無				
	精神障害者保健福祉手帳	交付年月日		交付番号		等級		有効期限				
		. .				1 級						
その他												
加入医療保険等	被保険者氏名						記号番号					
	保険者名											
	標準負担額減額認定証等の有無				有 ・ 無							

上記のとおり 身体障害者手帳
療育手帳
精神障害者保健福祉手帳 と加入医療保険資格情報がわかる書類等を添えて申請します。

また、助成対象者及び助成対象者と同一世帯員の住民基本台帳及び所得状況等について、この資格が喪失するまでの間、佐渡市長が調査することに同意し、同一世帯全員の個人番号等を告知します。

年 月 日

住 所 佐渡市

助成対象者

佐渡市長 様

※今年 1 月 1 日時点の住所地
(佐渡市内の場合は不要)

都道府県 市区町村

後期高齢者医療高額療養費受領委任状

被保険者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

わたしが認定日以降に受ける療養の給付に係る高額療養費の受領を、佐渡市長に委任します。

ただし、保険者が当該療養費に係る高額療養費に相当する金額を委任者に支払う場合であって、佐渡市重度心身障害者医療費助成に関する条例の規定により、佐渡市長が当該金額を保険医療機関等に支払った場合に限るものとします。

年 月 日

委任者 住 所 佐渡市

氏 名

佐渡市長 様

保険者 新潟県後期高齢者医療広域連合

裏面あり

同意書及び個人番号告知

佐渡市長 様

重度心身障害者医療費受給資格認定兼受給者証交付申請及び受給者証更新に伴う所得基準判定のため、受給対象者の世帯全員の住民基本台帳及び所得状況等について、受給資格が喪失するまでの間、佐渡市長が調査することに同意し、世帯全員の個人番号等を告知します。

※助成対象者以外の世帯全員の氏名、個人番号等をご記入ください。

氏名		個人番号													
助成対象者との続柄	生 年 月 日	今年 1 月 1 日時点の住所地（※佐渡市内の場合には不要）													
	・		都道 府県										市区 町村		

氏名		個人番号													
助成対象者との続柄	生 年 月 日	今年 1 月 1 日時点の住所地（※佐渡市内の場合には不要）													
	・		都道 府県										市区 町村		

氏名		個人番号													
助成対象者との続柄	生 年 月 日	今年 1 月 1 日時点の住所地（※佐渡市内の場合には不要）													
	・		都道 府県										市区 町村		

氏名		個人番号													
助成対象者との続柄	生 年 月 日	今年 1 月 1 日時点の住所地（※佐渡市内の場合には不要）													
	・		都道 府県										市区 町村		

氏名		個人番号													
助成対象者との続柄	生 年 月 日	今年 1 月 1 日時点の住所地（※佐渡市内の場合には不要）													
	・		都道 府県										市区 町村		