

重度心身障害者医療費助成金受給資格者証交付申請書

受給者	住所					
	氏名			性別	男・女	
	個人番号					
	生年月日			年齢		
加入	被保険者 又は組合員	氏名			受給者との続柄	
		住所				
医療	保険種別	種別				
		記号番号			付加給付の有無	有・無
保険	発行機関	機関名				
		所在地				
保護者 (20歳未満の場合)	住所					
	氏名			受給者との続柄		
	個人番号					
	生年月日			年齢		
	電話			職業		
<p>上記のとおり重度心身障害者医療費助成金受給資格者証の交付を申請します。 なお、次の①から③について南アルプス市長が行うことに同意のうえ申請します。</p> <p>① 申請に係る審査のため、世帯の住民税所得・課税状況を調査すること。</p> <p>② 助成金の算定のため、受給者の医療費支払状況等について、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業所から診療報酬明細書、調剤報酬明細書、訪問看護療養費明細書等により山梨県国民健康保険団体連合会を通じて情報提供を受けること。</p> <p>③ 過去に支給された助成金が過払いになり返還が必要になった場合は、その後に支給される助成金を、その過払い分に係る返還金に充当すること。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>南アルプス市長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名 電話番号</p> <p>※ 令和5年1月1日に南アルプス市以外に居住していた方は、本市での所得確認ができませんので、前住所市町村の所得課税証明書を添付してください。</p>						

※市町村記入欄

障害程度が分かる書類	障害程度	手帳・証書番号
身体・療育・精神・特児扶・国民年金	1級・2級・3級	有期の場合 年 月 日
	A-	

(注) ※印欄は、記入しないでください。