

重度心身障害者医療費助成申請書

（宛先）佐倉市長

佐倉市重度心身障害者医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請日	年	月	日	申請事由	1 手帳取得	2 転入	3 その他
申請者 （助成資格者）	フリガナ 氏名				生年月日	年	月 日
	住所				個人番号		
保護者	フリガナ 氏名						
	住所				個人番号		
手帳	1 身体障害者手帳 2 療育手帳 3 精神障害者保険福祉手帳				手帳番号	第 号	
加入医療 保険	記号番号 又は被保 険者番号	記号 番号 被保険者番号			医療保険 名称		

公簿による確認等について

本制度を利用するに当たり、私及び私と同一の医療保険に加入する者は、本制度に該当する間、重度心身障害者医療費助成制度による所得判定に必要な世帯状況の確認及び市民税課税状況の確認のために、佐倉市が課税台帳等の公簿により確認をすることに同意します。また、佐倉市が、審査に必要な課税情報等を佐倉市以外が保有する場合には、佐倉市が個人番号による照会を行うことに同意します。

あわせて、今後、高額療養費の支給申請に当たり、佐倉市の実施している重度心身障害者医療費の助成と高額療養費で重複が生じた場合、私が受けている重度心身障害者医療費の助成額を限度に、佐倉市が私に代わり全額又は一部の高額療養費を受け取ることに同意します。

また、上記の目的のために必要な私の個人情報を、加入している医療保険の保険者や千葉県後期高齢者医療広域連合（以下「医療保険者等」という。）に提供すること及び医療保険等が保有する情報を閲覧又は資料の提供を求めることに同意します。

受給者 _____ 印
(自署又は記名押印)

受給者と同一の健康保険加入者 氏名 _____ 印
(個人番号： _____)
受給者と同一の健康保険加入者 氏名 _____ 印
(個人番号： _____)
受給者と同一の健康保険加入者 氏名 _____ 印
(個人番号： _____)